جامعة قناة السويس

كلية التربية بالإسماعيلية

قسم علم النفس التربوي

فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين

رسالة مقدمة من

جيهان حسين سليمان

بكالوريوس علوم و تربية (١٩٩٤م)

دبلوم مهنية في التربية (١٩٩٨م)

دبلوم خاص في التربية (١٩٩٩م)

للحصول على درجة الماجستير فى التربية

تخصص علم نفس تربوى

إشراف

أستاذ دكتور /محمد محمد شوكت

أستاذ الصحة النفسية

كلية التربية بالإسماعيلية

جامعة قناة السويس

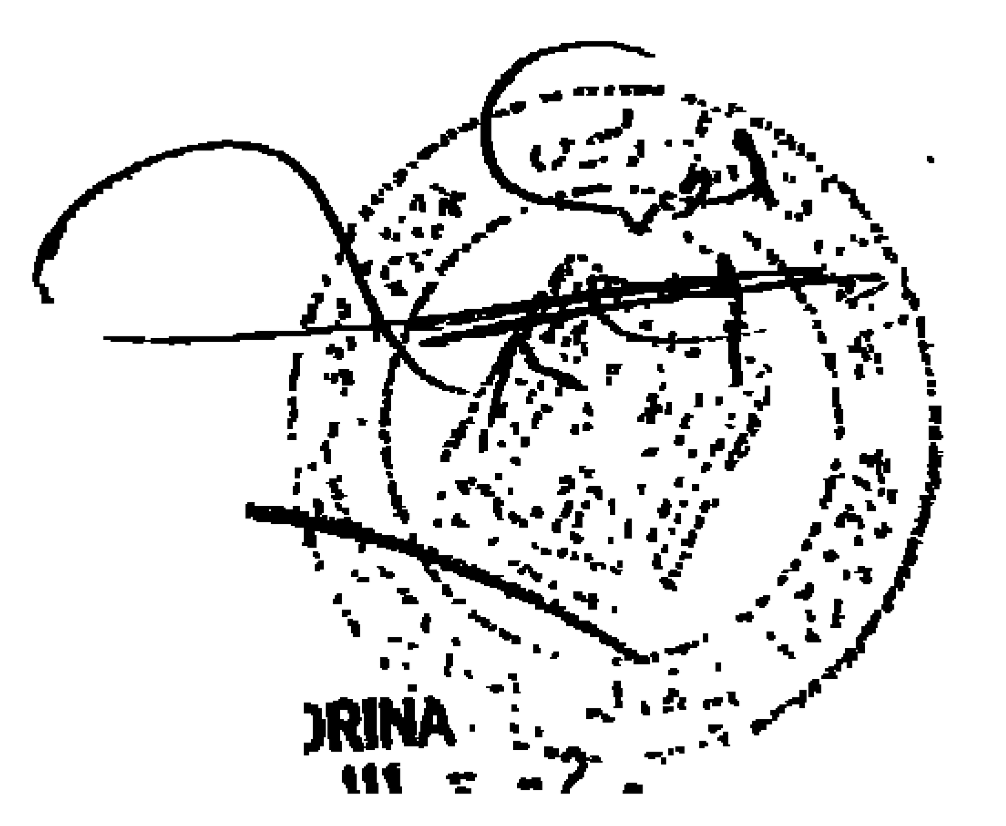
دكتور/ مغاورى عبدالحميد عيسى

أستاذ مساعد بقسم علم نفس تربوى

ووكيل الكلية للدراسات العليا

كلية التربية بالإسماعيلية

جامعة قناة السويس



٢٠٠٥

بسم الله الرحمن الرحيم

" سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا

إنك أنت العليم الحكيم "

(البقرة : ٣٢)

صدق الله العظيم

جامعة قناة السويس
كلية التربية بالإسماعيلية
قسم علم النفس التربوي

السادة أعضاء لجنة الإشراف

الأستاذ الدكتور / محمد محمد شوكت
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية بالإسماعيلية

د / مغاوري عبد الحميد عيسي
أستاذ الصحة النفسية المساعد
ووكيل الكلية للدراسات العليا
كلية التربية بالإسماعيلية

جامعة قناة السويس

كلية التربية بالإسماعيلية

الدراسات العليا

الموافقة

الاسم / جيهان حسين سليمان محمد

موضوع الرسالة / " فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل لدي الأطفال التوحديين "

للحصول علي درجة الماجستير في التربية

تخصص " علم نفس تربوي "

لجنة الحكم والمناقشة:

أ. د / محمد محمد شوكت — مشرفاً ورئيساً

أستاذ الصحة النفسية بكلية التربية بالإسماعيلية

أ.د / محمد إبراهيم عيد — مناقشاً وعضواً

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية بكلية التربية

جامعة عين شمس

أ.م.د / مغاوري عبد الحميد عيسي — مشرفاً وعضواً

أستاذ الصحة النفسية المساعد بكلية التربية بالإسماعيلية

أ.م.د / أحمد السيد حسن جاسر — مناقشاً وعضواً

أستاذ مساعد قسم علم النفس التربوي

تاريخ المناقشة : ٣ / ٧ / ٢٠٠٥

شـــكـــر وتقـــــــــدير

الحمــد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم النبي الأمي معلم البشرية أجمعين .

يطـيب لـي بعـد إنجاز هذا العمل المتواضع أن أسجد لله تعالي حمداً وشكراً على ما وهبني من عون وصبر من أجل إتمام هذا البحث .

وعــرفاناً بالجمــيل أتقــدم بخالص الشكر والتقدير إلى **الأستاذ الدكتور / محمد محمد شــوكت** – أســتاذ الصــحة النفسية ورئيس قسم التربية الخاصة بكلية التربية بالإسماعيلية ، جامعة قناة السويس الذي كان لإشرافه ورعايته وتوجيهاته وملاحظاته الأثر الكبير في إنجاز هذا البحث أدام الله عليه نعمة الصحة والعافية .

كمــا يســعدني ويشرفني أن أتقدم بوافر الشكر والامتنان إلى **الدكتور / مغاوري عبد الحمــيد عيسى** – أستاذ مساعد بقسم علم نفس تربوي و وكيل الكلية للدراسات العليا– بكلية التربية بالإسماعيلية ، جامعة قناة السويس الذي استفدت من ملاحظاته وتوجيهاته التي أثرت في هذا البحث فجزاه الله عني خير الجزاء .

و يشرفني أن أتقدم بوافر الشكر و التقدير **للأستاذ الدكتور/ محمد إبراهيم عيد** – أستاذ الصــحة النفســية ، رئـيس قســم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة عين شمس ، لتفضله بالموافقة على قبول الاشتراك في لجنة المناقشة و الحكم على الرسالة ، و تحمله عناء السفر فله جزيل الشكر .

و يزيدنـــي فخراً و اعتزازاً أن أتقدم بالشكر و الامتنان **للدكتور/ أحمد السيد جاسر** – أســتاذ مساعد بقسم علم النفس التربوي بكلية التربية جامعة قناة السويس ، لتفضله بالموافقة على مناقشة و تحكيم هذا العمل ، جزاه الله خير .

وأخيراً .. لا يفوتني أن أتقدم بعميق شكري وامتناني لأفراد أسرتي الذين تحملوا الكثير مــن المشاق لكي يخرج هذا البحث إلى النور وأخص بالشكر زوجي العزيز ووالدي ووالدتي وأخوتـــي وبناتـــي آية وندى لتحملهم معي المشاق و المصاعب خلال هذا البحث ، فلهم مني عظيم شكري .

كمــا أتقــدم بوافــر شــكري وامتناني إلى كل من قدم لي يد العون لإنجاز هذا البحث وإخراجه إلى النور.

وما كان من توفيق فمن الله وما كان من تقصير فمن نفسي .

وفوق كل ذي علم عليم

الباحثة

اسم صاحب الرسالة	جيهان حسين سليمان محمد
عنوان الرسالة	فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين
القسم العلمي المانح للرسالة	قسم علم النفس التربوي (تربية خاصة)
موقع الكلية (المحافظة)	الإسماعيلية
الدرجة العلمية	ماجستير في التربية تخصص علم نفس تربوي (تربية خاصة)
تاريخ المنح	
لغة الرسالة	اللغة العربية
أسماء هيئة الإشراف	أ.د / محمد محمد شوكت د. مغاوري عبد الحميد عيسى

الموجز بالعربي

هدفت هذه الدراسة : تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين وقد اشتملت عينة الدراسة على (٦) ستة أطفال توحديين في مدرسة التربية الفكرية في محافظة الإسماعيلية واستخدمت الدراسة الأدوات التالية :-

- استمارة لجمع البيانات
- استمارة لمعرفة أنواع المعززات المحببة للطفل التوحدي
- مقياس ستانفورد بينية الذكاء
- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة
- مقياس مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين
- برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي .

واستخدمت الدراسة الأسلوب الإحصائي التالي :

- اختبار مان ويتني Mann Whitney ، اختبار ويلكوكسون Wilcoxon signed Ranks ، قيمة Z

وتم التوصل إلى :-

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في القياس البعدي على مقياس مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين و لصالح المجموعة التجريبية

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين .

التطبيقات العملية :-

يمكن أن تساهم هذه الدراسة في وضع مقياس و برنامج تدريبي لعلاج مهارات التواصل لدى الطفل التوحدي وعلى أسس علمية ومدروسة تنير الطريقة أمام المهتمين الذين يتعاملون مع هؤلاء الأطفال .

الكلمات الدالة المرشدة	برنامج تدريبي ، مهارات تواصل غير لفظي ، الأطفال التوحديين

مستخلص الرسالة

تهــدف الدراسة الحالية إلى محاولة التحقق من مدى فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهــارات التواصل لدى الأطفال التوحديين مما قد يؤثر إيجابياً على بعض المظاهر السلوكية لــديهم وذلك من خلال تعديل بعض ما يصدر عنهم من سلوكيات وهو الأمر الذي قد يساعد علــى الانخراط مع أفراد المجتمع وعل ذلك فإن الدراسة الحالية تحاول الإجابة عن السؤال الآتي :-

١. ما مدى فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين؟

وقد فرضت الباحثة الفروض الآتية :-

١- تــوجد فــروق دالـــة إحصـــائياً بــين متوســط درجات المجموعة التجريبية على مقــياس مهــارات التواصـــل بعـــد تعرضــــهم لبرنامج لتنمية مهارات التواصل ، ومتوســط درجــات المجمــوعة الضـــابطة الذين لم يتعرضوا للبرنامج ، و لصالح المجموعة التجريبية .

٢- لا تــوجد فــروق دالـــة إحصـــائياً بــين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي وذلك على مقياس مهارات التواصل .

وتكونت عينة الدراسة من ستة (٦) أطفال ذكور مصابين بإعاقة التوحد في مدرسة التــربية الفكــرية بمحافظة الإسماعيلية وتتراوح أعمارهم ما بين(٦-١٣) سنة ونسبة ذكاؤهم بين (٤٠-٦٥) درجة .

وقد استخدمت أدوات الدراسة التالية :-

١. استمارة لجمع البيانات عن الأطفال التوحديين (إعداد الباحثة)
٢. استمارة لمعرفة أنواع المعززات المحببة لدى الأطفال (إعداد الباحثة)
٣. مقياس ستانفورد بينيه للذكاء (لويس كامل مليكة ، ١٩٩٨)
٤. مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد كمال دسوقي - محمد بيومي خليل ، ١٩٨٤)
٥. مقياس تقييم الطفل التوحدي في اضطراب مهارات التواصل غير اللفظي . (إعداد الباحثة)
٦. برنامج تدريبي للأطفال التوحديين لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي . (إعداد الباحثة)

وتوصلت نتائج الدراسة الحالية إلى ما يلي :-

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين ولصالح المجموعة التجريبية .

٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

الفصل الأول

مشكلة الدراسة

- مقدمة الدراسة .
- هدف الدراسة .
- أهمية الدراسة .
- حدود الدراسة .
- مصطلحات الدراسة .

مقدمة الدراسة :

يعتبـــر التعليم مقياس التقدم لجميع الدول ، وهو أحد المؤشرات الهامة لحضارة الأمم وارتقائها ، وانطلاقـــا مـــن مبدأ تكافؤ الفرص التعليمية اعترفت المجتمعات بحق المعاقين في التربية والتعليم وتنمية قـــدراتهم وإمكانـــاتهم إلي أقصي درجة ممكنة ، كما شهدت العقود الثلاثة الماضية اهتماما كبيرا بالفئات الخاصة بغرض رعايتهم وتوفير الخدمات الصحية والاجتماعية والتربوية والتأهيلية اللازمة لهم بما يسهم فـــي تحقـــيق قدر معقول من الكفاءة الذاتية والمهنية التي تمكنهم من الانخراط في المجتمع ٠ وأصبحت قضية تعليم المعاقين تحتل مكانه كبيرة علي المستويين المحلى و العالمي وأصبحت هناك اتجاهات تتزايد قوتها يوما بعد يوم تنادي بضرورة أخذ هؤلاء الأطفال في الاعتبار للوقوف على أفضل الأساليب الملائمة للتعامل معهم وضرورة تنوع هذه الأساليب وفقا لنوع الإعاقة واختلاف الفروق الفردية بين أفردها ٠ ومن هـــذا المـــنطلق شهدت تلك العقود زيادة سريعة في كم المعلومات العلمية التي تؤدي إلي فهم أفضل لتلك الفئات ومحاولة البحث عن الأسباب التي تؤدي إلي المشكلات التي يعانون منها وإيجاد الأساليب العلاجية المناسبة لحل تلك المشكلات .

والطفـــل المعـــاق تنقصـــه العديد من الخبرات ويصعب عليه إدراك الكثير من الحقائق والمفاهيم بصـــورة سليمة لذلك فهو في حاجة إلي إدراك العالم من حوله والتفاعل والمشاركة مع عناصره المختلفة لذلك تعتبر عملية التواصل عملية هامة في إقامة وتطوير الروابط بين البشر، و يشير جيلسون Gillson (٢٠٠٠) إلـــى أن هـــناك مجمـــوعة من الاضطرابات التي تمنع التواصل بين الأشخاص ومن أهم هذه الاضـــطرابات هـــي الاضـــطرابات النمائية وهي تشير إلي المشكلات النفسية الأكثر ظهورا في الطفولة وتتضمن إعاقات في الناحية المعرفية والتواصلية والاجتماعية والسلوكية (ص١٠)

وتعد إعاقة التوحد من الاضطرابات النمائية وهي إعاقة ليست نادرة وتمثل نسبة لا يمكن تجاهلها ولكـــنها لم تنل حظها من الاهتمام علي المستوي البحثي ولكن نجد اهتماما متزايدا بها في الدول المتقدمة وقـــد زاد الاهتمام نسبيا بهذه الفئة في البلاد العربية خلال السنوات العشرة الأخيرة(إلهامي عبد العزيز، ١٩٩٩،ص١٤٨)

و يـــرى كيـــندال Kendall (١٩٩٥) أن معدل الانتشار للتوحد يحدث بنسبة ٤: ٥ أطفال لكل عشرة آلاف مولود كما أوضح أن اقل معدل كان (٢) لكل عشرة آلاف مولود في ألمانيا ، و أعلى معدل كـــان (١٦) لكـــل عشرة آلاف في اليابان و أرجعت الدراسة إلى أن اختلاف معدلات الانتشار يرجع إلى اختلاف الدلالات التشخيصية و العوامل الجينية والتأثيرات البيئية (ص ٥٤٨)

ويــؤكد المركـــز الطبي بمدينة ديترويت الأمريكية Detroit Medical Center (١٩٩٨) أن هذا الاضـــطراب يصـــيب الطفل قبل أن يصل عمره إلى ثلاثين شهرا وإنه يصيب أربعة أطفال من بين كل عشـــرة آلاف طفل ، وتتضاعف إصابة البنين به قياسا بالبنات من ثلاثة إلى أربع مرات ، وان معدل هذا الانتشار قد جعل منه ثالث اكثر الاضطرابات النمائية شيوعا .

كما أشار محمود حموده (١٩٩٨) إلى أن درجات الذكاء بين التوحديين مختلفة حيث نجد أن ٤٠ % من التوحديين لديهم معامل ذكاء يقل عن ٥٠ درجة وحوالي ٣٠% يتراوح معامل الذكاء بين ٥٠:٧٠ درجة ، ٢٠% من التوحديين لديهم ذكاء غير لفظي كما أوضح انه يلاحظ تزايد التوحد مع نقص الذكاء وان جزء كبير من التوحديين لديهم تخلف عقلي (ص ٣٩)

وأوضحت الدراسات الأولية لكانرKanner أن الأطفال التوحديين يكونون من آباء مرتفعي الذكاء ولديهم وظائف ذات مناصب عالية وذوى مستويات مرتفعة من حيث المستوى الاجتماعي الاقتصادي ، ولكن الدراسات الحديثة أثبتت انه ليس هناك حدود اجتماعية أو حدود تتعلق بالعنصر أو السلالة تؤثر على احتمال حدوث الإعاقة ،كما إنها لا تتأثر أيضا بدخل الأسرة أو المستويات التعليمية لأفرادها(بيهوجيور Buhogior، ١٩٩٩،ص١٠)

و من أهم الصعوبات التي تواجه هذه الفئة هي صعوبة التشخيص نظرا لتشابهها مع فئات عديدة و معظم الباحثين المهتمين بالتوحد يشيرون إلى قضية التشابه بين سلوك التوحد وسلوك اضطرابات أخرى مثل الإعاقة العقلية ،وفصام الطفولة ، والإعاقة السمعية، واضطرابات التواصل (عبد الرحيم بخيت ، ١٩٩٩، ص ٢٣٢)

ويتفق اريسكن Eryscn (١٩٩٦) مع ما سبق حيث ارجع عدم الاهتمام بهذه الفئة إلى صعوبة التشخيص و عدم ظهور تشخيص مستقل لتلك الفئة إلا في الطبعة الثالثة المعدلة من دليل التصنيف التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية و الاضطرابات النفسية DSM-III-R الذي أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٨٧) ثم في الطبعة الرابعة من ذات الدليل DSM-IV والذي صدر عام ١٩٩٤(ص٤٤٠)

ويرى إلهامي عبد العزيز (١٩٩٩) أن عملية التشخيص من اكثر العمليات صعوبة في إعاقة التوحد ويرجع السبب في ذلك إلى التباين في الأعراض من حالة إلى أخرى ولأن بعض الأطفال قد نجد في سلوكياتهم وخصائص أو سمات شخصيتهم بعضا من سمات التوحد على الرغم من انهم ليسوا كذلك (ص ص ١٧٤-١٧٥)

وتعد إعاقة التوحد من الإعاقات التي اختلف الأطباء والعلماء والمتخصصين حول أسبابها فمنهم من يصنفه كمرض نفسي ومنهم من يرجح انه مرض عضوي ولكن الذي لا خلاف حوله إنها تمثل إعاقة شديدة تسلل إلى الأطفال و تصيبهم بتلف في المخ وتسبب قصور في النمو اللغوي و الإدراكي والاجتماعي والحسي وعدم تواصل الطفل مع العالم الخارجي المحيط به(آدام وستيفين Adams&Stephen., ١٩٩٧، ص ١)

وترى الباحثة انه لم يتم حتى الآن تحديد للعوامل أو الأسباب التي تؤدى إلى هذه الإعاقة فهناك من يشير إلى إنها تنشأ من مشكلات وعوامل عديدة منها النفسية والأسرية والبيولوجية والجينية ولم يتم التعرف حتى الآن على هذه الأسباب التي تؤدى إلى هذه الإعاقة وهذا ما يحتاج إلى دراسات عديدة فى هذا المجال .

ويعتبر كانر Kanner هو أول من أشار إلى التوحد كاضطراب يحدث في مرحلة الطفولة وهناك تضارب في المعلومات حول هذه الإعاقة ، لذا أطلق عليها العديد من المصطلحات مثل التوحد، الذاتية ، الانطوائية ، انغلاق الذات ، ذهان طفولة مبكر، فصام طفولي ، ذاتي التركيب ، نمو أنا غير سوى (رمضان القذافي ،١٩٩٣ ، ص ١٥٩)

كما أوضح فريمان Freeman (١٩٩٩) أن الطفل التوحدى له سمات شخصية رئيسية وملفتة للنظر وهى:

١. اضطراب في الاتصال اللغوي وغير اللغوي .
٢. صعوبات في التفاعل الاجتماعي .
٣. ممارسة بعض السلوكيات مثل حركات التأرجح والدوران .
٤. ممارسة بعض السلوكيات الضارة مثل إيذاء الذات- العدوان .
٥. استجابات غير طبيعية للحواس والمثيرات (ص٥)

ولقد اتفقت العديد من الدراسات على أن اضطرابات التواصل لدى التوحديين تعد اضطرابات مركزية وأساسية وتؤثر بدورها في ظهور اضطرابات أخرى مثل التفاعل الاجتماعي وعلى هذا فإن محاولات التدخل من أجل إعادة التأهيل وتعديل سلوك هؤلاء الأطفال يجب أن تتركز في علاج هذا الاضطراب (محمد على كامل ، ١٩٩٨ ، ص٤٦)

فقد أشار روزنهان ومارتن Rosenhan&Martine (١٩٩٥) إلى أن السمة الأساسية المميزة للتوحديين هي انخفاض المهارات التواصلية والتي تتمثل في عدم قدرة الطفل على الاستجابة للآخرين خلال الثلاثين شهر الأولى من حياته (ص٣)

كما يؤكد شاكر عطية قنديل (٢٠٠٠) على أن القصور اللغوي والتواصلي يقف كأحد أهم العوامل التي تميز شخصية الطفل التوحدى عن الطفل العادي فنجد أن قدرته على استخدام اللغة إرسالا واستقبالا يعتبـر ضعيفا ولغته لا تحقق تواصل مع الآخرين ولا يبدى اهتماما بوجود الآخرين ولا ينظر لوجه أحد لذلك يعد اضطراب التواصل اضطراب أساسي يؤثر على الطفل (ص٥٢)

ومـن هذا المنطلق ركزت الدراسة الحالية على اضطراب التواصل لأن الاتصال أداة فعالة للتفاعل الاجتماعي واكتساب الخبرات، ولان أفراد هذه الفئة لديهم إعاقة شديدة في فهم واستخدام التواصل اللفظي وغير اللفظي لذلك لابد من التركيز على البرامج العلاجية التي تؤكد على تنمية المهارات التواصلية لديهم.

وتـؤكد العديد من الدراسات على أهمية وجود برامج علاجية تقدم لهذه الفئة من الأطفال التوحديين ومـن هـذه الدراسات (لوفاس Lovass ،١٩٨٧ ؛و هولين Howlin ، ١٩٨٩ ؛و هادوين وآخرون Hadwin et.al., ، ١٩٩٦)

حيث قام لوفاس Lovass(١٩٨٧) باستخدام البرامج السلوكية لعلاج الأطفال التوحديين، و أكد على إن اسـتخدام إجـراءات تعـديل السلوك تؤدى إلى استبعاد الاضطرابات لدى الأطفال خاصة اضطراب مهارات التواصل و المهارات الاجتماعية (ص٣)

و أشـارت دراسة هولين Howlin (١٩٨٩) إلى وجود العديد من الأساليب التي يمكن اتباعها من اجل تعديل اضطراب التواصل اللفظي وغير اللفظي والتدخل في مثل هذه الحالات يكون من أجل مساعدة هؤلاء الأفراد على تطوير طرق اكثر كفاءة وقدرة للتعبير عن احتياجاتهم أو لفهم أفضل لما يدور حولهم (ص١٥٣)

و أكـد هادوين وآخرون Hadwin et.al., (١٩٩٦) بأن الحل الأمثل لعلاج هؤلاء الأطفال يتمثل في البدء في استخدام برامج علاجية لهؤلاء الأطفال وتقديم بعض الجلسات التدريبية في أعمار تتراوح بين ٤:٩ أعوام ، و توصلت الدراسة إلى أن هذه البرامج كانت لها نتائج فعالة وتؤدى إلى تحسن ملحوظ في مهارات التواصل لدى هؤلاء الأطفال(ص٨)

أشارت دراسة زانولى و دلجت Zanolli&Dagett (١٩٩٨) إنه لنجاح أي برنامج علاجي لابد من استخدام التعزيز والتدعيم والمساندة والتجاهل كأساليب واستراتيجيات تساعد على تقليل الصعوبات السلوكية وتحسين الجوانب التواصلية، وأوصت الدراسة بالاستمرار في التعزيز لضمان نجاح العلاج واستمراره وتجنب ظهور هذه الاضطرابات مرة أخرى (ص٢٣)

مما سبق يتضح ضرورة وجود برامج علاجية لتنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين ،ولما كان هناك قلة في البرامج العلاجية التي تحاول تنمية مهارات التواصل وخاصة مهارات التواصل غير اللفظي، لهذا فإن الباحثة الحالية قامت بإعداد برنامج لتنمية مهارات التواصل واستخدام مجموعة من الأساليب والأشكال المختلفة من وسائل الاتصال مثل الصور الزيتية، و الفوتوغرافية ، و الشرائط الصوتية ،و الحركات الجسمية، والإشارات، والرموز لما لهذه الأساليب مجتمعة أو منفردة من تأثير فعال في تعديل سلوكيات الأطفال التوحديين في الاتصال مع المحيطين بهم. وأيضا استخدام المداخل السلوكية من أساليب تعديل السلوك مع استخدام هذه الأساليب أو الأنظمة من وسائل الاتصال السابق الإشارة إليها لما لها من تأثير فعال في علاج التواصل والتدريب على استخدام هذه الأساليب بصورة صحيحة حتى يستطيع الطفل التعبير عما يريد من خلالها ويستخدمها بشكل صحيح وملائم .

هدف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين مما قد يؤثر إيجابيا على بعض المظاهر السلوكية لديهم وذلك من خلال تعديل بعض ما يصدر عنهم من سلوكيات وهو الأمر الذي قد يساعدهم على الانخراط مع أفراد المجتمع .وعلى ذلك فان الدراسة الحالية تحاول الإجابة على السؤال الآتي :

ما مدى فعالية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين؟

أهمية الدراسة :

يعتبر اضطراب التوحد من الموضوعات التي يجب التركيز عليها و تكمن أهمية الدراسة الحالية فـي الجانب الذي تتصدى لدراسته حيث أنها تسعى إلى تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين . مـن خلال برنامج يتم إعداده لهذا الغرض و هذا ينطوي على أهمية كبيرة من الناحية النظرية و الناحية التطبيقية .

أ- الأهمية النظرية:

تكمـن أهمـية الدراسة الحالية و أهمية الجوانب التي تتصدى لها وهي اضطراب التوحد و خاصة اضـطراب مهارات التواصل غير اللفظي حيث لاحظت الباحثة وجود نقص في البرامج المقدمة في هذا المجـال و لا يوجد تنوع و تعدد في الدراسات المقدمة ، و على ذلك تقدم الدراسة الحالية برنامج لتنمية مهـارات التواصل عند الأطفال التوحديين باعتبارها مشكلة خطيرة يمر بها هؤلاء الأطفال و تعقهم عن الانخراط في المجتمع و التواصل معه ، وأكدت الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) بأن إعاقة التوحد تمثل

الإعاقة الرابعة الأكثر شيوعا بين التخلف العقلي ،والصرع ، والشلل المخي لذلك لابد من عمل دراسات و برمجيات لمحاولة النهوض بهذه الفئة ، وعلى ذلك تعتبر الدراسة الحالية على المستوى النظري إضافة لما يوجد من دراسات في هذا المجال .

ب- الأهمية التطبيقية :

وتتمثل الأهمية التطبيقية للدراسة فيما يمكن أن تصل إليه من نتائج يمكن أن تفيد في علاج و تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين ، كما تقدم الدراسة مقياساً لتقييم مهارات التواصل غيـر اللفظـي للتوحديين يمكن معه الاكتشاف المبكر لهذا الاضطراب و تقديم الرعاية المناسبة في وقت مبكر لهؤلاء الأطفال .

حدود الدراسة :

تتحدد الدراسة الحالية بالآتي:-

١- العينة المستخدمة فيها و التي تتكون من (ستة) أطفال مصابين بإعاقة التوحد في مدرسة التربية الفكرية بمحافظة الإسماعيلية وتتراوح أعمارهم ما بين (٦-١٣) سنة وتتراوح نسبة ذكاؤهم بين (٤٠-٦٥) درجة ، و البرنامج مطبق على الأطفال الذكور ، وتتألف العينة من مجموعتين متساويتين في العدد إحداهما تجريبية تم تطبيق البرنامج عليها والأخرى ضابطة • وقد تم مراعاة التجانس بين أفراد العينة في متغيرات العمر الزمني ، والذكاء والمستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة .

٢- تم تطبيق أدوات البحث ميدانيا خلال عام (٢٠٠٣) في فترة زمنية استغرقت ستة أشهر .

٣- كما تتحدد الدراسة كذلك بالمتغيرات موضوع الاهتمام بها .

٤- تتحدد أيضا بالأدوات التي تعتمد عليها الدراسة .

مصطلحات الدراسة :

١. التوحد : Autism

تتبنى الباحثة في الدراسة الحالية تعريف فريمان Freeman(١٩٩٩)للتوحد والذي ينص على إنه: إعاقــة نمائية و تظهر لدى الطفل في الثلاث سنوات الأولى من عمره وهو نتيجة اضطراب في الجهاز العصبي للطفل والتي تؤثر على وظيفة المخ ، و التوحد معدل انتشاره من ٢:٤ حالات كل (١٠,٠٠٠) مولود ، و يحدث بتكرار أعلى في الأولاد عن البنات بمعدل ٤:١ و يظهر في كل المجتمعات بغض النظر عــن الثقافات، أو الخلفيات الاجتماعية، أو الاقتصادية، و التوحد يظهر عادة ويصاحبه بعض الأعراض السلوكية مثل:-

١- اضطراب في مهارة اللغة والناحية الاجتماعية .
٢- استجابات غير طبيعية للحواس تشمل السمع و اللمس والاستجابة للألم .
٣- اضطراب في الحديث ومهارات التواصل اللفظية التي تشمل (الكلام) ومهارات التواصل غير اللفظية التي تشمل((الإشارات – الإيماءات – التعبير الوجهي – اتصال العين))
٤- طريقة غير طبيعية في التعامل مع الآخرين والأشياء والأحداث في البيئة المحيطة به (ص٢)

٢. مهارات التواصل : Communication skills

ويقصد بمهارات التواصل في الدراسة الحالية :

بأنـــه عملـــية معقـــدة في إقامة وتطوير الروابط بين البشر والتي تتولد عن الحاجة إلى الأنشطة المشتركة وتتضمن تبادل المعلومات وبلورة استراتيجية واحدة للتفاعل والإدراك وفهم الشخص للآخر ومن ثم سيتم التمييز بين ثلاثة جوانب للاتصال وهى على وجه التحديد جانب توصيلي –جانب تفاعلي – جانب إدراكي ، وتتمثل وسائل العملية التواصلية في أنساق متعددة من العلاقات هي :-

الكلام بصفة أساسية ،و نسق العلاقات والإشارات البصرية والحركية ((الإيماءات – المحاكاة – التعبير الوجهـــي))،و الأنســـاق شبه اللغوية الخارجية عن نطاق اللغة والإشارات غير اللفظية ، و نسق لتنظيم زمان ومكان الاتصال ، و نسق تلاقى النظرات وهو يمثل أحد السمات الهامة في عملية التواصل (جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفافي ، ١٩٩٥ ، ص ١٦٥)

٣. البرنامج التدريبي : Training program

البرنامج التدريبي الحالي هو عملية منظمة و مخططة تهدف إلى إكساب الأطفال التوحديين بعض المهارات اللازمة للتواصل وتدريبهم بهدف تحقيق قدر معقول من الاتصال بالآخرين وذلك عن طريق تنمية قدراتهم واستعداداتهم إلى أقصى حد ممكن .

الفصل الثاني

مفاهيم أساسية ودراسات سابقة والفروض

مقدمة :

أولا : مفاهيم أساسية :

أ- إعاقة التوحد .

ب- مهارات التواصل .

ثانيا: دراسات سابقة :

أ- دراسات اهتمت بمعرفة مدى فاعلية البرامج التدريبية للأطفال التوحديين

ب- دراسات اهتمت باستخدام برامج تدريبية سلوكية لعلاج مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين .

ثالثا : الفروض .

مقدمة :

يشتمل هذا الفصل على المفاهيم الأساسية التي تتضمنها الدراسة وهى إعاقة التوحد ومفهومها ومدى انتشارها ، والأعراض الإكلينيكية وتشخيص التوحد ، وأسباب حدوث التوحد ، وطرق العلاج المختلفة لاضطراب التوحد ، ومهارات التواصل ومفهومها ، وأنواعها واضطرابها ثم بعد ذلك يتم عرض البرنامج وخطوات إعداده . ثم ستقوم الباحثة بعرض دراسات سابقة وفى النهاية سوف تشتق الفروض التى تقوم عليها الدراسة وفيما يلى تعرض الباحثة هذه المفاهيم كما يلى :

أولا: إعاقة التوحد

- مقدمة

يستخدم مصطلح اضطراب التوحد في الوقت الراهن للإشارة الى تلك المشكلات النفسية الحادة والتى يبدأ ظهورها خلال مرحلة النمو ، ويعتبر اضطراب التوحد فى الوقت الحاضر أكثر هذه الاضطرابات شيوعا والأطفال التوحديين يظهرون أوجه قصور شديدة فى التفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل اللفظى وغير اللفظى وتعمل أوجه القصور هذه على جعل هؤلاء الأطفال يمثلون فئة تتميز عن غيرها من الفئات ذوى الحاجات الخاصة بما يجعلهم فى حاجة الى إعداد برامج مناسبة للعلاج وتقديم برامج تربوية مناسبة .

فمنذ قرن مضى لم تكن الاضطرابات النمائية معروفة أو مقبولة بين الأخصائيين وكان يتم تصنيف الأطفال التوحديين على انهم مصابون بأمراض عقلية، و ترجع بداية الاهتمام إلى هؤلاء الأطفال إلى هنري Henry (١٨٦٧) وهو عالم نفس بريطاني انتبه إلى هؤلاء الأطفال ووجـد انهم يعانون من تأخر في العمليات النمائية وذكر ذلك في كتاباته ، ثم كتبت سبيتزكا Spitzka (١٨٨٣) عـن حالات الأطفال الذين لديهم اضطراب نمائي ،وتبع ذلك كتبت هلير Heller (١٩٠٨) عـن ست حالات من الأطفال ظهر عليهم الاضطراب في سن الثالثة من عمرهم بعد إن كان نموهم طبيعي ،وفى سنة (١٩٢٩) وضع هاوارد بوتير Howord Potter محـددات الشخصـية للفصام الطفولي ،ثم في سنة (١٩٣١) كتب بليلر Bleuler عن المخ البشرى والخلل الحادث به أثناء الفصام الطفولي كما حدد الأعراض التي تحدث أثناء المرض (نيوسوم Newsom،١٩٩٨،ص٣٣)

ولكن أجمعت أغلبية الدراسات على أن كانر Leokaner (١٩٤٣) يعتبر نقطة تحول أساسية في معرفة اضطراب التوحد و من أوائل من أشاروا إلى هذا الاضطراب ، حيث أوضحت دراسات(مارتينMartin، ١٩٨٠؛وميهر Mehr،١٩٨٣؛و كيندال endall ، ١٩٩٥)

أن كانر هو طبيب نفسي في جامعة جونس هوبكينز حيث قام بفحص أحد عشر طفلاً ومتابعة سلوكهم على مدار ثماني سنوات ووصفهم بان قدراتهم محدودة ولديهم رغبات قهرية ودائموا الانطواء والعزلة .

بعــد ذلك زاد الاهتمام بموضوع الفصام الطفولي فقد صدر في مدة عشرة سنوات من سـنة ١٩٣٦ حتى ١٩٤٦ حوالي ٥٠ مقالة نشرت في المجلات العلمية ونشر اكثر من ٥٠٠ مقالة في العشر سنوات التالية من ١٩٤٦ حتى ١٩٥٦ ثم تم استخدام مصطلح التوحد الطفولى المبكــر The Early Infantile Autism للإشارة إلى اضطراب التوحد (عبد الرحمن محمد عيسوى ، ١٩٧٩،ص٣١٩)

و تابــع ريملاند Rimland (١٩٦٤) وهو طبيب نفسي موضوع التوحد وقام بوضع مجمــوعة من النقاط للتفرقة بين الأطفال التوحديين والفصاميين ، ثم ضمت الولايات المتحدة إعاقــة الــتوحد إلــى الإعاقــات النمائــية سنة (١٩٧٥) ، ثم بدأت الإعاقة تدخل في الأدلة الإحصــائية التشخيصــية حتــى ظهرت في الصورة الرابعة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM - IV سنة (١٩٩٤) وبه تحديد دقيق للمحكات التشخيصية للتوحد (شيانميجام Sheanmugam ، ١٩٩٥ ، ص١٨٧)

- مفهوم إعاقة التوحد :

يطلق أحمد عكاشة (١٩٦٩) على التوحد أسم الذاتوية الطفولية ويعرفها بأنها نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر ويدل على وجوده :-

١- ارتقاء غير طبيعي يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات

٢- اداء غيــر طبيعــي فــى التفاعل الاجتماعي ، و التواصل والسلوك المحدود المتكرر ،و سمات شخصية متعددة مثل المخاوف المرضية ،و اضطراب النوم والأكل ،و نوبات هياج ، وعدوان نحو الذات (ص٦٤٢)

بيــنما يرى عبد المنعم الحفنى (١٩٧٨) أن التوحد هو مصطلح الانشغال بالذات وهو إحــدى السمات الأولية للفصام ومن وجهة نظره أن الانشغال بالذات هو حركة علمية معرفية فــى اتجاه إشباع الحاجة كما أوضح أن تعبير التوحد الطفولى المبكر هو التعبير الاصلى لما وضــعه كانــر لما يعرف الآن بالتوحد الطفولى وأهم أعراضها عدم الكلام ،والعزلة ،و عدم القدرة على الاتصال وجها لوجه،و عدم القدرة على التقليد (ص ص ٨٠ - ٨١)

ومــن أكثر التعريفات المقبولة التي اقترحت لتعريف متلازمة التوحد تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين National Society For Autistic Children (NSAC)

ســنة (١٩٧٨) ويشير التعريف إلى أن التوحد اضطراب أو متلازمة من المظاهر المرضية الأساســية والتي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى ٣٠ شهرا والذي يتضمن الاضطرابات التالية :

- اضطراب في سرعة أو تتابع النمو .
- اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات .
- اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية .
- اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات (عبد الرحمن بخيت ، ١٩٩٩ ، ص ص ٢٢٨ -٢٢٩)

و يتفق ما ذكره عادل الأشول (١٩٨٧) مع ما كتبه عبد المنعم الحفني (١٩٧٨) فى أن إعاقــة الــتوحد هــى الانشغال بالذات ويرى انه اضطراب اتصالى خطير وسلوك يبدأ أثناء مــرحلة الطفولة المبكرة ويبدأ قبل ٣٠ شهرا من عمر الطفل ويتصف كلام الطفل بأنه عديم المعنى وينسحب بعدها الطفل داخل ذاته وليس له اهتمام بالأفراد الآخرين ويكون لدى الطفل ميولا للحيوانات والأنشغال بأشياء تافهة و أطلق على إعاقة التوحد مصطلح الانشغال بالذات أو عرض كانر (ص١١٢)

و أطلق كانر لفظ اجترار طفولى مبكر على الأطفال الذين يكون ملحوظا عليهم منذ بدء حياتهم الانسحاب ، والأستغراق فى الذات وعدم القدرة على إقامة علاقات عادية مع الآخرين ولــديهم صعوبات فى اللغة وتشمل البكم واستعمال النفى اللفظى كوقاية سحرية من الأحداث غيــر الســارة ولديه النوع الترجيعى فى تكرار الجمل واستعمال الضمائر مقلوبة مثل إشارة الطفل لنفسه بضميرانت والمخاطبة بضمير انا (كمال الدسوقى ، ١٩٨٧ ، ص ١٥٢)

في حين يرى كل من جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفافى (١٩٨٨) ان التوحد هــو إنسحاب الفرد من الواقع إلى عالم خاص من الخيالات والأفكار وفى الحالات المتطرفة تــوهان وهــلاوس، وقــد أعتقد ذات مرة ان الإجترارية هى الخاصية الأولى للفصام ولكنها تلاحــظ الآن فى اضطرابات أخرى مثل ذهان الشيخوخة وفى زملة كانر وفى بعض حالات الإكتــئاب والشــخص الــتوحدى شخص ذو شخصية مغلقة وهو ملتف الى داخله، ومنشغل انشــغال كامل بحاجاته ورغباته التى يتم إشباعها كلية أو إلى حد كبير فى الخيال (ص ص ٣١٥ - ٣١٦)

ويقصد فاخر عاقل (١٩٨٨) بالتوحد بأنه تفكير محكوم بالحاجات الشخصية أو الذات ، وإدراك العالم من خلال الرغبات بدلا من الواقع والأنكباب على الذات والإهتمام بالأفكــــار والخيالات الذاتيـــــة (ص ٤٥)

اما عبدالعزيز السيد الشخص و عبد الغفار الدماطى (١٩٩٢) فيريان إن للتوحد عدة معانى منها : إجترار الذات ،و الإجترارية ،و إستثارة الذات ،و الأتوسية ، ويقصدان به اضطراب شديد فى عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال فى مرحلة الطفولة المبكرة ما بين ٣٠ : ٤٢ شهرا ويؤثر فى سلوكهم فمعظم هؤلاء الأطفال يفتقدون الكلام المفهوم ذو المعنى الواضح كما يتصفون بالإنطواء على النفس وعدم الإهتمام بالآخرين وتبلد المشاعر وقد ينصرف إهتمامهم إلى الحيوانات أو الأشيـاء غيـــر الإنسانية (ص ص ٥٢ – ٥٣)

و يذكر عمر خليل (١٩٩٣) أن التوحد له مجموعة من محددات الشخصية ومنها :-

- اضطراب واضح في الارتقاء الاجتماعي اللغوى مصحوب بأنماط سلوكية نمطية .
- زمله سلوكية تنتج عن أسباب متعددة وغالبا ما تكون مصحوبة بنسبة ذكاء منخفض .
- التأكيد على حقيقة أن التوحد يتسم باضطراب فى التفاعل الاجتماعي والاتصال .
- نسبة حدوث هذا الاضطراب ما بين ٢ : ٤ كل عشرة آلاف طفل (ص ٣٣٨)

بينما يذكر رمضان القذافى (١٩٩٤) بأن التسمية الأجنبية لكلمة توحد تشتق من الكلمة الإغريقية أوتوس Autos التي تعنى النفس أو الذات وهو حالة اضطراب عقلي يصيب الأطفال ويلاحظ عليهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال وتمييزهم بالاضطراب السلوكي الاجتماعي والانفعالي والذهني . كما لديهم عدم القدرة على الانتماء للآخرين حسيا أو لغويا واضطراب في الإدراك مما يؤدى إلى عدم الفهم أو القدرة على التواصل أو التعلم أو المشاركة في النشاطات التعليمية (ص ١٥٩)

ويرى عثمان لبيب فراج (١٩٨٤) أن إعاقة التوحد مصطلح يستخدم لوصف إعاقة من إعاقات النمو ، ويتميز بقصور فى الإدراك ، وتأخر أو توقف النمو ، ونزع إنطوائية إنسحابية تعزل الطفل الذى يعانى منها عن الوسط المحيط بحيث يعيش مغلقا على نفسه ، ولا يكاد يحس بمن حوله أو من يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر (ص٣) .

ويطلق ناظم الطحان (١٩٩٦) على إعاقة التوحد مسمى الإنغلاق الطفولى على الذات و يقصد به إضطراب شديد للنمو العقلى و الإجتماعى يبدأ عند الولادة أو بعدها سريعا ، ولا يحدث الإنغلاق على الذات إلا لدى طفل أو طفلين فى العشرة آلاف طفل مماجعلها حالة نادرة (ص٣١٦)

في حين يرى إسماعيل بدر (١٩٩٧) أن التوحد هو إضطراب إنفعالى من العلاقات الإجتماعية مع الآخرين ،ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الإنفعالية خاصة فى التعبير

عنها بالوجه أو باللغة ، و يؤثر ذلك فى العلاقات الإجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية (ص٧٣١)

ويعرف كنوبلوش و سورانصن Knoblouch&Soranson (١٩٩٨) التوحد بأنه إعاقة نمائية تؤثر بشكل أساسي في التواصل اللفظي و اللالفظي وعلى التفاعل الاجتماعي ويبدأ تأثير الإعاقة قبل سن الثالثة ويؤثر على أداء الطفل التعليمي، وهناك بعض السمات الشخصية التي تصاحب التوحد مثل، الحركات النمطية ،والأنشطة التكرارية،ومقاومة أي تغيير في البيئة المحيطة له، ولديه أيضا استجابات غير طبيعية للمثيرات الحسية (ص٣)

و يعرف ماجد عمارة (١٩٩٩) التوحد بأنه حالة من حالات الإضطرابات الإرتقائية الشاملة يغلب فيها على الطفل الإنسحب و الإنطواء و عدم الأهتمام بوجود الآخرين ، و يتجنب أى تواصل معهم خاصة التواصل البصرى ، وتتميز لغته بالإضطراب الشديد ، و الطفل المنغلق نفسيا لديه سلوك نمطى ،و انشغال بأجزاء الأشياء و ليس بالأشياء نفسها ، ويتميز عن غيره من حالات الإعاقة الأخرى بمجموعة من الخصائص المميزة و المتغيرات المعرفية و غير المعرفية (ص١٠)

أمـــا ديــنلاب وفــوكس Dunlap &Fox (١٩٩٩) فيريان أن التوحد متلازمة من الأعــراض تؤثــر علـــى قدرة الفرد على التواصل وفهم اللغة واللعب والتفاعل مع الآخرين ويظهــر ذلك أثناء الثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل ويحدث بمعدل ٥ حالات لكل عشرة آلاف مولود، ويصنف ١٠% من الحالات على أنهم توحديين (ص٧) .

ويعرف فريمان Freeman (١٩٩٩) التوحد بأنه إعاقة نمائية وتظهر لدى الطفل في الثلاث سنوات الأولى من عمره ، وهو نتيجة اضطراب في الجهاز العصبي للطفل والتي تؤثر على وظيفة المخ ،والتوحد معدل انتشاره من ٢ : ٤ حالات كل (١٠,٠٠٠) مولود، ويحدث بتكرار أعلى في الأولاد عن البنات.بمعدل ٤ : ١ ويظهر في كل المجتمعات بغض النظر عن الثقافات أو الخلفيات الاجتماعية أو الاقتصادية، والتوحد عادة يظهر ويصاحبه بعض الأعراض السلوكية مثل :

١- اضطراب فى مهارات اللغة والناحية الاجتماعية .
٢- استجابات غير طبيعية للحواس وتشمل السمع واللمس والاستجابة للألم .
٣- اضطراب في الحديث ومهارات التواصل اللفظية التى تشمل (الكلام) ، وغير اللفظية التى تشمل (الإشارات – الإيماءات – التعبير الوجهى – اتصال العين) .

٤- طريقة غير طبيعية في التفاعل مع الآخرين والأشياء والأحداث في البيئـــة المحيـــطة به (ص٢)

ومما سبق يتضح أنه تم عرض لعديد من التعريفات التي تصدت لتحديد إعاقة التوحد ورغم تعدد التعريفات السابقة إلا تتفق فيما بينها على أن للتوحد سمات يعرف من خلالها و اتفق معظم الباحثين عليها وهى نمو أو ارتقاء غير طبيعي يتضح وجوده قبل الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل ، واضطراب في الاستجابة للمثيرات الحسية ، واضطراب في اللغة و الكلام ، و يتميز بوجود اضطراب في التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين ، ويحدث بنسبة تتراوح ما بين ٢-٤ كل عشرة آلاف طفل، كما وجد أن الباحثين يختلفون فيما بينهم على استخدام مصطلح واحد للتعبير عن هذه الإعاقة و يطلقون عليها العديد من المسميات و برغم تعدد التسميات إلا أنها تشير إلى كلمة أجنبية واحدة و هي Autism و أكثر المصطلحات استخداما في هذا الوقت الراهن هي إعاقة التوحد .

وتأخذ الباحثة الحالية بتعريف فريمان Freeman (١٩٩٩) للتوحِد حيث أنه يركز على موضوع الدراسة الحالية و خاصة اضطراب مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين .

- **معدل انتشار إعاقة التوحد :**

أعلنت الجمعية الأمريكية للتوحد Autism Socity of America(١٩٩٩) أن نسبة أنتشار اضطراب التوحد في الولايات المتحدة تبلغ ٠,٠٦ % و أن نسبة انتشاره في اليابان تعد أعلي من مثيلاتها في أي دولة حيث تتراوح بين ٠,١٣ % : ٠,١٦ % ،في حين تبلغ النسبة في المملكة المتحدة ٠,٠١ % ، وفي الصين تعد النسبة أقل دول العالم في انتشار هذا الاضطراب حيث تبلغ النسبة بها ٠,٠٠٤ % . كما وضحت الجمعية أن الإعاقة وما يرتبط بها من سلوكيات تحدث لفرد واحد من بين كل خمسمائة فرد أي بنسبة ١ : ٥٠٠ ، وأن نسبة انتشارها بين البنين تزيد عن انتشارها بين البنات بأربعة أضعاف ، وأن التوحد لا يرتبط بأي تاريخ أسري مرضي أو أي ممارسات أسرية أو ثقافية (ص٢)

بيـــنما أشـــارت دراسة دورمان و جنيفر Dorman&Jennifer (١٩٩٩)إلى وجود تضـــارب في معدلات الانتشار بين الدول المختلفة وتتفاوت إلى حد كبير معتمدة على القطر الـــذي تتم فيه الدراسة حيث وجد معدلات قليلة في ألمانيا تصل إلى ٢ لكل (١٠,٠٠٠) مولود وذلـــك بعكـــس الـــيابان التي سجلت أعلى معدل يصل إلى ١٦ طفل لكل (١٠,٠٠٠) مولود (ص ١١٣)

وأوضحت دراسة هارولد و بنجامين Harold&Benjamin (١٩٩٨)أن اضطراب التوحد يحدث ما بين ٢ : ٥ أطفال لكل عشرة آلاف طفل مما تقل أعمارهم عن ١٢ عام وإذا كان اضطراب التوحد مصاحب له التخلف العقلي ترتفع النسبة إلى عشرين طفل لكل (١٠,٠٠٠) مولود ، كما أظهرت الدراسة أن نسبة الإصابة في الذكور اكبر من الإناث بنسبة ٤ : ١ إلا أن الإناث اشد اضطرابا ولديهم خلل معرفي أكبر من الذكور (ص ١٦٢)

كما أشار أيدلسون Edelson (١٩٩٨)بناء على دراسات مسحية واسعة المدى في الولايات المتحدة و إنجلترا أن أكثر الدراسات الإحصائية عن التوحد قد قررت أنه يحدث بمعدل ٤–٥ أطفال لكل (١٠,٠٠٠) مولود حي ، كما أشار إلى أن الأسباب الممكنة للتفاوت في معدلات الانتشار يعود إلى اختلاف الدلالات التشخيصية و العوامل الجينية والتأثيرات البيئية (ص٦٠٥)

- **الأعراض الإكلينيكية :**

إن عملية التعرف على الأعراض الحقيقية لهذه الإعاقة ذات أهمية كبيرة فى عملية التشخيص السليم لهذا الاضطراب ولما كانت بعض هذه الأعراض تتشابه مع أعراض بعض أنواع من الإعاقات كالتخلف العقلى وصعوبات التعلم أو الفصام أو الأكتئاب ، لهذا كان من الضروري الإلمام بهذه الأعراض، وتجدر الأشارة إلى أنه ليس من الضروري أن تظهر جميع هذه الأعراض فى كل حالة من الحالات التى تعانى من إعاقة التوحد بل قد يظهر بعضها فى حالة معينة ويظهر البعض الآخر فى حالة أخرى، و ترى الباحثة أنه يمكن تصنيف أعراض التوحد التى يعانى منها الأطفال إلى ما يلى :

أعراض التوحد

Symptoms of Autism

مجموعة الأعراض الأساسية
توجد فى كل الأفراد
١–القصور اللغوي وغياب القدرة علي التواصل
٢– الاضطراب الاجتماعي
٣– عدم القدرة على اللعب الرمزي
٤– الأفعال القسرية والطقوس النمطية
٥– يبدأ الاضطراب التوحد قبل عمر الثالثة

مجموعة الأعراض الإضافية
قد لا توجد فى كل الأفراد
١– القصور المعرفي
٢ – الإدراك
٣ – القصور الحسى
٤– الاضطرابات العصبية
٥– اضطرابات فى شكل النوم و الأكل
٦– سلوك إيذاء الذات

١- القصور اللغوي وغياب القدرة على التواصل :

يعتبر النمو اللغوى واحد من السمات والخصائص الملفتة للنظر فى الأطفال التوحديين فاكثر من ٥٠% من الأطفال التوحديين ينقصهم إستخدام اللغة بشكل فعال ومفيد. ويرى لاورينس و جيف Lawrence&Jaffe (١٩٧٨) أن لغة الأطفال التوحديين متأخرة ومنحرفة عن الاتجاه الصحيح ومختلفة عن لغة الأطفال العاديين كما أن طريقة الحديث الخاصة بهم سيئة وذلك لأنهم يفشلون فى التقليد واللعب التخيلي وكلاهما هام وضروري وحاسم جدا لبدء النمو اللغوى (ص ١١١)

ويعـد الفشل فى اكتساب اللغة فى العمر المتوقع واحد من اكثر الأشياء الشائعة والتى تلفت نظر الوالدين إلى اضطراب الطفل كما أن نمو اللغة لدى الأطفال التوحديين تعتبر مؤشر جـيدا علــى مدى استعداده للنمو مستقبلا فبعض الاطفال يبدعون فى نطق بعض الكلمات ثم يتوقف الكلام لديهم، وحوالى ٥٠% من الأطفال المصابين بالتوحد لايتكلمون مطلقا والآخرون مــنهم اللذين لديهم تطور ونمو فى اللغة لا يستخدمونها فى التواصل ونجد أنه كلما كانت لغة الطفــل الــتوحدى محدودة عند سن الخامسة أو السادسة كلما أصبح الأمل فى نموه مستقبلا ضعيفا (شاكر عطية قنديل ، ٢٠٠٠ ، ص ٧٨)

وفى دراسة سزانتمارى و ريتش Szatmari&Rich (١٩٨٩) التي قررا فيها أن هــناك مجموعة من الصعوبات المختلفة في اكتساب اللغة تظهر لدى الأطفال التوحديين ذوى القــدرات العقلية المحدودة أو المرتفعة، فوجد أن الأطفال التوحديين يعانون من مشكلات في التواصــل واللغة بالإضافة إلى أن اللغة لديهم في انحدار مستمر و لديهم صعوبات في أجراء محادثة كاملة مع الآخرين (ص ٢١٣)

وهناك مشكلات تظهر لدى الاطفال التوحديين خاصة باللغة وتؤثر على التواصل لديهم ومن هذه المشكلات :-

أ- المصاداة : **Echololia**

تعتبر المصاداة من المشكلات الأساسية فى اللغة لدى الأطفال التوحديين ويعرف عبدالعزيز السيد الشخص و عبد الغفار الدماطى (١٩٩٢) المصاداة : بأنها حالة كلامية تتميز بالترديد القسرى اللاارادى لما يقوله الآخرون من كلمات أو مقاطع أو أصوات بصورة تبدو كأنه صدى لهم وهى تعتبر إحدى خصائص التخلف العقلى الشديد (ص ١٥٥)

ومــن الممكــن أن تكــون المصاداة في الحال أو في وقت لاحق و أحيانا تكرر مع بعض التعديل أو يكرر الطفل ما سمعه في الماضي، ففي دراسة بريزانت وديكانBrezant, Dekan

(١٩٨١) وجـد أن حوالي ٧٥% من الأطفال التوحديين لديهم ظاهرة المصاداة و استنتجوا مـن خـلال الـبحث في هذه الظاهرة أنها من الممكن أن لا تحدث بالضرورة مباشرة بل قد تتأخر لعدة أيام أو أسابيع وحتى سنوات وقد تحدث بشكل متكرر أو مجرد مرة واحدة (آلانو و فريث Alano &Frith ، ١٩٨٠ ، ص ٥٨)

وقد ذكر محمد على كامل (١٩٩٨) الأسباب التى تؤدى الى الاستخدام المتكرر للكلام أو اللغة ومن هذه الأسباب :-

١- أن المصاداة تعتبر الطريقة الوحيدة الفعالة للطفل التوحدى للاتصال بالآخرين .

٢- يمكـن أن تحـدث نتـيجة لتعرض الطفل للاستثارة الذائدة وعدم إحساسه بالأمان في موقف معين .

٣- أن يكون هذا الأسلوب مرتبط بالنظام اليومى والروتين الذي يوجد فيه الطفل(ص ٣٨)

وترى الباحثة انه أيا كانت الأسباب التى تكمن وراء ذلك فان هذه الظاهرة تؤدى إلى مشكلات تعمل على تعطيل وإعاقة التواصل مع الآخرين وتسبب ضيق للأفراد المحيطين به والذين يتعاملون معه

ب-قلب الضمائر أو عكسها : **Pronoun Reversal**

وهـى مـن المظاهر الشائعة لدى الأطفال التوحديين حيث يشير الطفل إلى الآخرين بضـمير(أنا) والى نفسه بضمير هو أو هي أو هم وقد أوضحت دراسـة روسنهان ومارتين Rosenhan & Martin (١٩٩٥) أن هـناك محاولات قدمت لتفسير لماذا يعكس الأطفال التوحديين الضمائر وهى :

المحللون النفسيون فسروا هذا التضاد على أنه عدم إدراك أو نكران لهويته الشخصية والطفل يرفض قول" أنا " عن عدم وعى لأنه رافض قبول حياته الشخصية ، أكد البعض أن هناك علاقة ارتباط مرتفعة بين المحاكاة وعكس الضمائر ،و حيث أن الضمائر الشخصية تحدث بتكرار أعلى في بداية الجمل فالأطفال التوحديين يواجهون صعوبة فى الجمل الطويلة فيقومون بتقليد الكلمة الأخيرة فقط في الجملة ، فنجد أن الطفل بدلا من أن يقول " أحب أن أشرب " يقول " أنت تحب أن تشرب "فهم ينسبون ضمير المخاطب لأنفسهم فيقولون" أنت "بدلا من " أنا " لان الآخرين يستخدمونها هكذا ، كما أنهم يواجهون صعوبات مع الكلمات المتشابهة مثل كلمة هذا ، و تلك ، و هنا أو هناك لان معانى تلك الكلمات تتحدد فى ضوء فهم الظروف التى استخدمت فيها (ص ص ٦٣٥ - ٦٣٦)

ومن الدراسات التى أجملت الصعوبات اللغوية التى يعانى منها الأطفال التوحديين دراسة مارتين Martin (١٩٨٠) التى أوضحت هذه الصعوبات فيما يلى :

- وضع كلمات في جمل غير منظمة فالطفل لايستطيع ترتيب الجملة فى كلمات ذات معنى.
- لا يستطيع استخدام حروف الجر .
- يخلط بين الكلمات المتشابهة فى النطق والمعنى .
- غير قادر على الاشتراك في الأحاديث المتبادلة .
- لا يستطيع استخدام اللغة بشكل مازح، أو فهم واستخدام الفكاهة (ص ١١٩)

ويتضح مما سبق أن الأطفال التوحديين يعانون من صعوبات لغوية متعددة تمنعهم من أستخدام اللغة للتواصل مع الآخرين لذلك ركزت الدراسة الحالية على أستخدام مهارات التواصل غير اللفظية مثل الإشارات،و الرموز،و الحركات الجسدية،و تعليم الأطفال التعبير عن حاجتهم الأساسية من خلال أستخدام هذه الطرق لأنها تعتبر أكثر فاعلية من تعلم اللغة .

٢- الاضطراب الاجتماعي :

قدمت لورناوينج Wing (١٩٧٩) دراسة عن إضطراب التوحد و ألقت الضوء على أوجه العجز الإجتماعى لدى الأطفال التوحديين ، و قدمت ثلاثة أوجه لهذا الإضطراب المتمثل فى : قصور فى العلاقات الإجتماعية ، و ضعف فى التواصل الإجتماعى ، وضعف فى الفهم الإجتماعى و التخيل ، واعتبرت أن هذه النقاط تمثل نقاط جوهرية فى تحديد أعراض إضطرالب التوحد(عبدالرحمن سيد سليمان ، ٢٠٠٣ ، ص٢٩)

يشير حسني إحسان حلواني (١٩٩٦) إلي أن الاطفال التوحديين يتسمون بعدم القدرة علي المشاركة في العلاقات الاجتماعية وينقصهم التعاطف مع الأخرين كما يرفض الطفل التوحدي أي نوع من الاتصال والتفاعل الطبيعي الاجتماعي حتي البسيط منه كما تقل استجابته للإشارات الاجتماعية كالتواصل بالعين أو الابتسامة (ص ٤٥)

و غالبا ما تظهر مظاهر هذا الاضطراب الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين في بداية الحياة حيث يفشل الطفل الرضيع في الاتصال البصري المتبادل ويفشل في اكتساب الابتسامة الاجتماعية كما يكون قليل الاهتمام بالوجوه البشرية ولا يرتقى لديه التعلق الاجتماعي إلى المستوى المطلوب (هيربرت Herbert ،١٩٩٨،ص٢٠)

ويؤكد علي ذلك جليسون Gillson (٢٠٠٠) حيث يري أن الطفل التوحدى غير ناضج اجتماعيا بجانب أن لديه إختلال في الآداء الوظيفي الاجتماعي واختلال في الوعي الاجتماعي

ومن المشكلات التي لديه بسبب هذه الإختلالات هي التجنب الاجتماعي واللامبالاة والفظاظة الإجتماعية (ص ١٩)

٣- عدم القدرة علي اللعب الرمزي :

يظهر الأطفال المصابين بالتوحد في سن ما قبل المدرسة نقص واضح في القدرة علي اللعـب التمثيلـي Prented Play ويشـمل اللعـب بالدمى ولعب الدور واللعب المسرحي Dramatic Play وعـند من لديهم القدرة على اللعب يكون اللعب تكراري وبسيط فالأطفال المصـابون بالـتوحد نادرا ما يبحثون عن شركاء للعب كما يكون اللعب رمزي غير تفاعلي (رومانذيك Romanczyk ، ١٩٩٩ ، ص ٧)

ويـرى جابـر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (١٩٩٣) أن لعب الأطفال التوحديين يكون يدويـا (تناوليا) يفتقر إلى عنصر الإبهام The Make Believe الذي يميز لعب الأطفـال العاديين مما يوضح إخفاق هؤلاء الأطفال في تنمية الوظيفة الرمزية Symbolic Function ، تلـك الوظـيفة التـي أوضحها جان بياجيه على أنها تظهر من خلال السلوك الحسـي الحركـي فـي العام الثاني من الحياة واللعب الإيهامي هو نمط من اللعب يسود في الطفـولة المبكـرة حـيث يصبح نشاط اللعب للطفل بالتعبير الحر عن انفعالاته بما فيها من مشـاعر سـلبية وعدوانـية مكـبـوتة فيسـقطها على اللعـب بدون خـوف من عقـاب (ص ٢٠٤٧)

٤- الأفعال القسرية و الطقوس النمطية :

تلك السلوكيات النمطية المكررة تعد من المظاهر المميزة للتوحدية وتعد بمثابة احد أوجه القصور البارزة لمن يتعامل مع هؤلاء الأطفال أن يلاحظه بسهولة وأن تلك السلوكيات و الأنشطة والاهتمامات التكرارية النمطية التى يبديها هؤلاء الأطفال غالبا ما تتسم بأنها مقيدة وذات مدى ضيق وأنهم عادة ما يعانون من حركات متكررة للجسم أو حركات غير طبيعية سواء بالأصابع أو اليدين أو غير ذلك مما قد يؤدى إلى استثارة من حولهم وأحيانا يصل بهم الأمر إلى الإيذاء الجسدى لأنفسهم (سميرة السعد ، ١٩٩٧ ، ص ٣٢)

و عرف جابر عبدالحميد و علاء الدين كفافى (١٩٩٥) السلوك النمطى بأنه السلوك المنمط أو المقلوب ، و هوسلوك جامد غير مرن يتم بغض النظر عن التغيرات فى السياق و النتائج التى ينبغى أن تؤدى إلى تعديلات فى كيفية تصرف الفرد ، أى أنه سلوك يتبع نمط واحدا متكررا (ص٣٧٢٦)

و قد أرجعت دراسة ترينابيار Trenpaypier (١٩٩٦) هذا السلوك النمطي المتكرر إلى :

- ارتفاع مستوى التوتر لدى الطفل التوحدى .
- اتباع الطفل لمثل هذا السلوكيات لجذب اهتمام المحيطين به .
- عدم القدرة على ملائمة السلوك مع الموقف .
- الاعتراض على تغيير برنامج أو روتين يومى له .
- خلل في عدد الخلايا العصبية فى الدماغ وفى حجمها .
- تأثير تسرب مواد سامة إلى الدماغ (ص ٥٧)

ومن الدراسات التي تناولت هذا السلوك النمطي المتكرر دراسة بيكلين Biklen (٢٠٠٢) و التي أوضحت أن هذا السلوك النمطي المتكرر يتضمن :

- حركات تلقائية شبة ميكانيكية غير متعمدة .
- أذى النفس بشكل مستمر .
- هوس الرتابة (عدم احتمال التغيير)
- صدى كلامي .
- رفّة العينين ،و نقر متكرر ،و رفرفة اليدين ،و تحريك الأشياء بشكل كروي دائري (ص ص ١٥ – ١٧)

٥- يبدأ اضطراب التوحد قبل عمر الثالثة :

عادة ما يبدأ اضطراب التوحد خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر، وتكون الأعراض قد بدأت في الظهور على شكل صعوبات غير مألوفة في السلوك مثل ؛ حدة الطبع ،و ضعف التغذية ، ومشكلات فى النوم ، وهذه الأعراض من الممكن أن تظهر من العام الأول ومن الممكن أن تبدأ بعد العام الأول، ومن أولى هذه الأعراض عدم النمو الطبيعى للغة و التى يلاحظها الآباء حيث يظهر الأطفال بداية طبيعية للغة بين الشهر الثانى عشر والرابع عشر ولكن لا ترتقى اللغة لأبعد من ذلك، كما تظهر الأعراض الأخرى للتوحد والتى تشمل الإضطراب الإجتماعى و ظهور سلوكيات نمطية تكرارية (عبد المطلب أمين القريطى ، ١٩٩٨، ص ٣٤٢)

و هذه مجموعة الأعراض الإضافية التى لا توجد لدى كل لأطفال التوحديين و منها :

١- القصور المعرفى :

أوضـــحت دراسة ودارن و لانسدون Woodarn&Lansdown (١٩٨٨) أن نصف الأطفـــال التوحديـــين تقـــل نسبة ذكائهم عن ٥٠ درجة وأن ١٩% منهم لاتزيد نسبة ذكائهم

اللفظـــية عن ٧٠ درجة ونسبة ٩٤% منهم تقع نسبة ذكائهم عند ٦٠ درجة وثلاثة أرباع هذه المجمـــوعة تقع نسبة ذكائهم دون ٥٠ درجة كما أن نسبة ذكائهم اللفظى تكون أدنى من نسبة ذكـــائهم الادائــــى ونجد حوالى ٢٥% إلى ٤٠% من الأطفال لديهم نسبة ذكاء أعلى من ٧٠ درجة (ص ٥٢)

ويـــرى ديفيد David (١٩٩٤) أن هؤلاء الأطفال يظهرون صعوبات معرفية تشمل التفكيـــر المجـــرد وعملـــيات الاســـتنتاج و معالجة المعلومات ، كما أشارت الدراسة إلى أن الاســـتعدادات العقلية للأطفال التوحديين تتدرج من التخلف العقلي الشديد إلى الذكاء الطبيعي فأشارت الدراسة إلى أن معظم الأطفال التوحديين تقل نسبة ذكائهم عن ٧٠% وحوالي ٢٠ % فقط يقعون في فئة الذكاء المتوسط أو فوق المتوسط (ص ٥٠١)

٢- الإدراك :

يرى عمر بن الخطاب الخليل (١٩٩١) أن الطفل التوحدى لديه مشكلة فى الإدراك فهو يهتم ويستجيب لمنبهات بعينها ولا يستجيب لمنبهات أخرى، وأنه لديه صعوبات فى الإدراك البصري والسمعي واللمسى والشم والتوازن والإحساس بالألم وقصور في إدراك الصوت ، والطفل لديه صعوبات فى التفاعل والتواصل مع الآخرين مما يعيقه عن العمل على زيادة مخزون الذاكرة والارتفاع بمستوى القدرة الادراكية (ص ٥٢٩)

٣- القصور الحسى :

يبدو الطفل الذي يعانى من التوحد كما لو أن حواسه قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجى إلى جهازه العصبى فهو لا يشعر بأي شخص يمر بجانبه فيبدو كأنه لا يسمع أو أنه قد أصابه الصمم وغالبا ما يظهر الأطفال المصابون بالتوحد زيادة أو نقص في الاستجابة للمثير الحسى بكل أشكاله " مثير بصرى ،و سمعي ،و اللمس ،و الألم " فتجده من الممكن أن يتجاهل بعض الاحساسات مثل الألم والحرارة والبرودة بينما يظهرون حساسية مفرطة لاحساسات معينة مثل قفل الأذنين تجنبا لسماع صوت معين ويتجنب أن يلمسه أحد وأحيانا يظهر إنبهار ببعض الاحساسات مثل التفاعل المبالغ فيه للضوء والروائح (إلهامي عبد العزيز ، ١٩٩٩ ، ص ١٦٠)

٤- الاضطرابات العصبية :

يشيع وجود شذوذ فى التناغم العقلى وأنماط الحركة لدى الأطفال المصابين بالتوحد بالإضافة لظهور نوبات صرعية فى ٢٥% : ٣٥% من الأطفال التوحديين خلال مرحلة المراهقة أو بداية البلوغ ويظهر شذوذ فى تشريح الجهاز العصبى، لدى الأطفال كما أن هناك

اضطرابات تشنجية فى التوحديين وانهم اكثر عرضة لذلك أثناء فترة المراهقة ولدى الأطفال ذوى معدلات الذكاء المنخفضة (هدى أمين ، ١٩٩٧، ص ٥٤)

٥- اضطراب فى شكل النوم والآكل :

يرى إلهامي عبد العزيز (١٩٩٩) أن الطفل التوحدى من الممكن أن يشرب سوائل كثيرة ولديه عدم انتظام فى الأكل والنوم وعدم استقرار فى وزن الجسم زيادة أو نقصانا ويقتصر طعامه على أنواع معينة كما نجده مستيقظا بشكل متكرر ليلا مصاحب ذلك بهز الرأس و أرجحتها بشكل متكرر (ص ١٦٢)

٦- سلوك إيذاء الذات : Self - injurious

عرف جوردان Jordan (١٩٩٥) سلوك إيذاء الذات بأنه سلوك عدواني موجه نحو النفس أو نحو واحد أو اكثر من أفراد أسرة الطفل أو أصدقاء الأسرة أو المتخصصين في إعانته أو تأهيله ، وهذا العدوان يتسم بالبدائية كالعض والخربشة والرفس ومثل هذا الأسلوب يمثل إزعاجا مستمرا لوالديه ويتم من خلاله تدمير الأدوات أو الأثاث أو تمزيق الكتب وكثيرا ما يتجه العدوان نحو الذات حتى يكاد يدمر نفسه ومن الممكن علاج هذه الحالات عن طريق التدخل الفيزيقى والكيميائي ولكن مثل هذين الأسلوبين يمنعان معظم الأطفال من الاشتراك فى البرامج العلاجية والتعليمية (ص ٣٤٥)

- **تشخيص التوحد :**

تظهر مشكلات تشخيصية نتيجة أن اوجه القصور المصاحبة للتوحد قد تظهر بأشكال مختلفة وان لم يكن المشخص على وعى دقيق بهذه الأشكال من القصور التي تصاحب إعاقة التوحد قد يقع فى خلط فى عملية التشخيص وهذه الصعوبات قد دعت إلى تناول تشخيص التوحد من خلال عرض تاريخى يوضح تطور محكات التشخيص بداية من ظهور المفهوم على يد ليوكانر سنة ١٩٤٣ وحتى ظهور آخر الأدلة التشخيصية الاحصائية سنة ١٩٩٤ ،

أولا : معايير ليوكانر (١٩٤٣) :

أن أي محاولة لتشخيص الأطفال التوحديين لا بد وان تنطلق من جهود كانر باعتباره أول من أشار إليها في مقالته الأساسية عن إعاقة التوحد " Autistic " حيث حدد سمات أو صفات الطفل التوحدى في : عدم القدرة على التعلق و الانتماء للأشخاص أو المواقف ،و مقاومة أي تغيير في الملبس أو المأكل أو في عناصر البيئة المحيطة ،و الفشل فى التواصل والمصاداة المتأخرة وقلب الضمائر،و اللعب التكراري النمطي (ميهر Mehr ،١٩٩٣،ص ٤١١)

ثانيا :- نقاط كريك التسعة (١٩٦١) :

أشارت لورنا وينج (١٩٩٤) أنه مع بداية الستينيات وتحديدا عام ١٩٦١ قدم كريك وآخرون تقريرا عن زمله من الأعراض لدى الأطفال ، وقد صدرمن قبل فريق العمل البريطانى سنة ١٩٦١ وقد اقترح قائمة من تسع نقاط عرفت باسم نقاط كريك التسعة واستخدمت فى تشخيص الأطفال الفصاميين ومن ثم التوحديين وهذه النقاط تتضمن :

قصور شديد فى العلاقات الاجتماعية والانفعالية ،و فقدان الإحساس بالهوية ،و مقاومة التغير فى البيئة، وخبرات أدرا كية غير سوية،و التأخر في الكلام واللغة وعدم تطوير الكلام إلى مستوى مناسب للعمر ، واضطراب واضح فى الوظائف العقلية (ص ص ٦٥ – ٦٦)

ثالثا : قائمة كلانسى (١٩٦٩) :

و وضع كلانسى (١٩٦٩) قائمة من ١٤ ظاهرة واستنتج أن الطفل التوحدى تتتابه على الأقل ٧ ظواهر من ١٤ ظاهرة وهذه الظواهر تتضمن ؛ التصرف كالأصم ،و فقدان الشعور بالخوف ،و مقاومة شديدة للتعلم ،و مقاومة التغير فى الروتين اليومى ،و صعوبة فى اللعب ،و زيادة فى الحركة ،و برم الأشياء ،و تكرار القيام بأعمال معينة (إلهامي عبد العزيز ، ١٩٩٩ ، ص ص ١٧٦– ١٧٧)

رابعا : الدليل الدولى التاسع (١٩٧٨) :

و أشار بومير Boomer (١٩٩٥) إلى إنه تم ذكر الذاتوية الطفولية لأول مرة في الدليل الصادر عن منظمة الصحة العالمية عام ١٩٧٨ والذي وضع محددات لشخصية الطفل و شخص التوحد على أنه ؛ متلازمة من الأعراض تبدأ من الثلاثين شهر الأولى من حياة الطفل مشكلات في فهم اللغة المنطوقة ،و تكرار الكلام وإعاقة في التواصل اللفظي وغير اللفظي، وعدم القدرة على اللعب الجماعي، و مقاومة في تغيير الروتين اليومي، و سلوك نمطي تكراري، و عدم القدرة على تجريد الأفكار (ص ٩)

خامسا : الدليل التشخيصى و الإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية (DSM III) (٩٨٠) :

نجد أن التوحد لم يظهر كفئة مستقلة ومعترف بها إلا في الدليل الإحصائي التشخيصى الثالث وحيث تم وضعه تحت الاضطرابات الارتقائية العامة والتى تبدأ في مرحلة الطفولة .

Childhood- onset pervasive developmental disorder

و قد وضحت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٨٠) الأعراض التى يلزم توافرها فـــى اضـــطراب التوحد وهى ظهور الأعراض قبل ثلاثين شهر من الميلاد ،و قصور لغوى

قصور فى التفاعل الاجتماعي ،و ممارسات وحركات نمطية روتينية ،و نشاط مفرط ،و عجز فى التخيل غياب الأعراض من هلوسة أو تخيلات غير واقعية

سادسا : الدليل التشخيصى و الإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات العقلية (DSM3-R) (١٩٨٧) :

ثم حدث تعديل فى الدليل الإحصائي التشخيصى الثالث إلى الثالث المعدل وظل التوحد تحت اضطرابات عامة ولكن استبعد مصطلح Infantile ·(طفولى) وذلك لان اكثر الأطفال المصابين بالتوحد يظهر عليهم الاضطراب بعد مرحلة الطفولة المبكرة ·ويذكر هارلولد وبينجامين Harlold&Benjamin (١٩٩٨) مجموعة الأعراض التى تم نشرها فى الدليل الإحصائي الثالث المعدل و هى ؛ إعاقة في التواصل اللفظى وغير اللفظى والنشاط التخيلى، و إعاقة في التفاعل الاجتماعي، و نقص فى الأنشطة والاهتمامات، و ظهور الأعراض بعد ثلاث سنوات أو قبلها (ص ١٧٧٩)

سابعا : معيار وينج لتشخيص التوحد (١٩٨٨) :

قــدمت وينج Wing فهما أوسع للتوحد حيث أشارت إلى أن القصور الأساسي في التوحد هو قصور اجتماعي ويظهر في ثلاثة مجالات مختلفة بالإضافة إلى الأنشطة التكرارية وهذه المظاهر تعد أساسية كمعيار تشخيصي للتوحد وتختلف هذه المظاهر من طفل إلى آخر.

١-وتشــمل مظاهــر أساسية :تظهرفى قصور التفاعل الاجتماعي ، وقصور فى التواصل الاجتماعـــي ،و قصور فى القدرة على التخيل، والأنشطة النمطية التكرارية وتشمل ؛ أنشطة نمطية بسيطة ،وأنشطة نمطية معقدة، و أنشطة نمطية معقدة لفظية أو مجردة .

٢- مظاهر متغيرة تتمثل في ؛ مشكلات اللغة ،و اضطراب الاتصال البصري ،ومشكلات التقلــيد الحركي ،ومشكلات التحكم الحركي ،و الاستجابات للمثيرات الحسية ،و الاستجابات الانفعالــية غير المناسبة ،و الاضطرابات في الارتقاء والوظائف الجسمية – مهارات خاصة (هال و بيتر hall&Peter، ١٩٩٦ ، ص ص ١٩٣ – ١٩٤)

ثامناً : الدليل الدولي العاشر ١٩٩٣ " ICD 10 " :

أعطى الدليل الدولي العاشر " ICD 10 " الصادر عن منظمة الصحة العالمية عام ١٩٩٣قدر أكبر من التفصيل وذلك ضمن اهتمامه بالاضطرابات النفسية للأطفال والمراهقين وتم وضعها تحت اضطرابات ارتقائية منتشرة ووضعت تحت اسم الذاتوية الطفلية وتحددت المؤشرات التشخيصية في :

▪ **نمو ارتقائي غير طبيعي يظهر قبل سن الثالثة ويظهر في المظاهر التالية :**

عدم الاستخدام للغة في أى من المهارات التواصلية و الاجتماعية ،و الاستخدام الضعيف للرموز الاجتماعية واللعب التخيلي ،واختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل .

ويــوجد مجموعة من ثلاثة عناصر كل عنصر يتكون من أربعة أعراض ويجب اختيار اثنين على الأقل من (١) واختيار واحد من كل من (٢) ، (٣) :

(١) اختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل و تشمل :

- الفشل في استخدام الرموز الاجتماعية لعملية التواصل مثل التقاء العيون ،و التعبيرات الوجهية ،و الإشارات الجسمية لعمل تفاعل اجتماعي متبادل .
- الفشل في عمل نمو ارتقائي مناسب للسن يظهر في فقدان التبادل الاجتماعي والعاطفي.
- فقدان الاستجابات لمشاعر الآخرين وعدم تعديل السلوك طبقاً للإطار الاجتماعي .
- تكامل ضعيف من السلوكيات الاجتماعية والعاطفية والتواصلية .

(٢) اختلالات كيفية في المهارات التواصلية وتشمل :

- عدم الاستخدام الاجتماعي لأى مهارات لغوية تكون موجودة .
- خلل في ألعاب الخيال والتقليد الاجتماعي وضعف المرونة في التعبير اللغوي وفقدان نسبي في الابتكار والخيال في عمليات التفكير .
- فقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية واستخدام خاطئ للأشكال المختلفة من الإيقاع والتأكيد في إيقاع التواصل .
- عدم استخدام الإشارات المصاحبة التي تساعد في تأكيد وتوضيح التواصل الكلامي .

(٣) أنماط محدودة نمطية ومتكررة في السلوك والاهتمامات والنشاطات و تشمل :

- الميل نحو فرض قدر من التصلب والروتين علي نطاق واسع من أوجه الأداء اليومي
- انشغالات نمطية ببعض الاهتمامات مثل التواريخ أو الطرق أو الجداول الزمنية .
- وجود أنماط حركية واهتمام خاص بعناصر وظيفية في الأشياء (مثل تحريك التحف والأثاث من مكانها في بيت العائلة)
- الارتباط بأشياء غير عادية وإن كانت تتميز بافتقادها للمرونة وأداء بعض الأعمال الروتينية من خلال طقوس خاصة لا تؤدي وظيفة بعينها .
- ظهور بعض المشكلات الأخرى غير المعنية مثل الفزع والخوف ، اضطراب في القدرة الاجتماعية ، نوبات المزاج العصبي والعدوان وإيذاء النفس خاصة مع وجود حالة من التخلف العقلي الشديد (World Health Organization ,1993)

تاسعـــاً:الصورة الرابعة للدليل التشخيص و الإحصائي للاضطرابات العقلية :
(DSM-IV,1994)

صدرت الصورة الرابعة لدليل التشخيص والإحصائي الرابع (DSM-IV) في ربيع عام ١٩٩٤ حيث أضيفت بعض الفئات التشخيصية الجديدة وتعدل المعيار التشخيصي لبعض الاضطرابات وأبقت الصورة الرابعة لدليل التشخيص الإحصائي علي فئة :- " اضطرابات ارتقائية عامة " وتعددت الفئات التشخيصية تحت هذه الفئة . والتعديلات التي أدخلت أصبحت أكثر صدق من الطبعات السابقة وأصبح هناك فئات تسمى اضطرابات غير محددة Not Otherwise Specified وهي تشمل الاضطرابات التي لا ينطبق عليها المعيار الكامل لاضطراب محدود .

حدد الدليل التشخيص و الإحصائي الرابع الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي (A .P.A) عام ١٩٩٤ المحكات التشخيصية للتوحد حيث أشار إلي أنه حتى ينطبق تشخيص التوحد يجب أن :- ينطبق (٦) أعراض أو أكثر من مجموعة من الأعراض الثلاثة (أ) ، (ب) ، (جـ) علي الأقل عرضين من المجموعة (أ) وعرض من المجموعة (ب) وعرض من المجموعة (جـ)

أ- قصور واضح في التفاعل الاجتماعي يظهر علي الأقل في اثنين من المظاهر التالية:

- قصـــور واضـــح في استخدام السلوك غير اللفظي الذي يدعم التفاعل الاجتماعي مثل؛ الاتصال البصري ،و التعبير الوجهي ،و الأوضاع الجسمية ،و الإيماءات .
- الفشل في تطور أو ارتقاء علاقات الصداقة الحميمة المناسبة للمستوي الارتقائي .
- نقص الرغبة في المشاركة التلقائية في الاهتمامات أو الأنشطة مع غيره من الأشخاص علي سبيل المثال :- نقص الإشارة أو التعلق بالموضوعات الشيقة .
- نقص المشاركة الاجتماعية أو الانفعالية .

ب-قصور واضح في التواصل يظهر علي الأقل في واحد من المظاهر الآتية :

- تأخـــر فـــي ارتقاء لغة الحديث " غير مصحوبة بمحاولة تعويض ذلك من خلال أنماط بديلة من التواصل مثل الإيماءات أو لغة الجسم " .
- ومع الأشخاص الذين لديهم القدرة علي الحديث الملائم يظهر قصور واضح في القدرة علي المبادأة في الحديث مع الآخرين .
- استخدام اللغة بشكل تكراري نمطي أو استخدام لغة خاصة .
- نقـــص القـــدرة علي التنوع والتلقائية في اللعب أو اللعب الاجتماعي القائم علي التقليد المناسب للمستوى الارتقائي .

ج- الأنماط المحدودة التكرارية النمطية من السلوك والأنشطة والاهتمام ويظهر علي الأقل في واحد من المظاهر التالية :

- الانشـــغال الكامـــل وغير السوي سواء في الشدة أو الاهتمام بواحد أو أكثر من أشكال الاهتمامات النمطية و المحدودة .
- التمسك الشديد بأشكال خاصة من الأفعال الروتينية أو الطقوس الخاصة .
- وجـــود سلوك حركي نمطي وتكراري علي سبيل المثال ؛ ضرب اليد،أو الأصابع، أو الذراع وغير ذلك من الحركات الجسمية النمطية المعقدة .
- الإصرار علي الانشغال الكامل بأجزاء الموضوعات .

◆ يظهر هذا الاضطراب قبل العام الثالث من العمر في شكل تأخر أو شذوذ في واحد علي الأقل من المظاهر التالية :

- التفاعل الاجتماعي
- اللغة المستخدمة في التواصل الاجتماعي
- اللعب الرمزي أو التخيلي

◆ غياب أعراض اضطراب ريت Rett's Disorder أو اضطراب الطفولة التفككي Childhood Disintegrative Disorder

(American Psychiatric Association , 1994)

يتضح مما سبق تشخيص التوحد يمثل صعوبة بالنسبة للأخصائين النفسيين و المهنيين الذين يتعاملون مع إضطرابات الطفولة و ذلك لأن أعراض التوحد تظهر بدرجات متفاوتة و أيضا تتداخل مع إضطرابات نمائية آخرى ، و بذلك يجب أن يكون تشخيص التوحد يعتمد على تقييم دقيق و موضوعى .

و قد شاهدت السنوات الأخيرة تزايد في المعايير التسخيصية لاضطراب التوحد و لكن كان من أهمها : التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٣) ، و الدليل التشخيصى و الإحصائي الرابع للأمراض العقلية DSM-IV (١٩٩٤) و هما من المعايير التشخيصية الهامة في اضطراب التوحد وعن طريقهما يتم تحديد سمات اضطراب التوحد بدقة و موضوعية

- **أسباب حدوث التوحد :**

لقد اختلف العلماء فيما بينهم حول الأسباب المؤدية لحدوث التوحد وبعض العلماء يؤكدون أنه لم يتم التوصل بعد إلى تحديد العوامل المباشرة، لحدوث التوحد إلا أن البحوث

والدراسات التى تناولت هذا الجانب تشير إلى انه ينشأ من مشكلات وعوامل عديدة منها، الأسرية والنفسية والبيولوجية والكميائية والجينية وسوف يتم عرض هذه العوامل كالتالي :

(١)العوامل النفسية والأسرية

يرى كانر kanner (١٩٤٣) أن أعراض التوحد عند الأطفال تكون نتيجة إصابة مبكرة وشديدة فى تكوين الأنا من بداية نمو الطفل وذلك فى الحالتين التاليتين :-

١- الاستعداد البنائى لنمو الانا بطريقة خاطئة .

٢- أو نتيجة المناخ الانفعالى المرضى الذي يحصل عليه الطفل من الوالدين

وبذلك وصف كانر آباء الأطفال التوحديين بإنهم يتسمون بالبرود العاطفى والعزوف عن الآخرين والذكاء الملحوظ والميل إلى النمطية وبأنهم شديدو الاهتمام بالتواصل ولا يظهرون الود لاولادهم، ونتيجة لهذا الجمود العاطفى والانفعالى فى شخصية الآباء وفى المناخ الأسرى بشكل عام فإن الطفل لا يحظى بالاستثارة اللازمة من خلال العلاقات الداخلية فى الأسرة من ناحية كما لا يجد ما يدفعه للإستجابة نحوهما من ناحية أخرى . ومن هنا يتبين الأساس المرضى الذي يتكون نتيجة فشل (أنا) الطفل في تكوين ادراكه نحو الام والتى تكون فى ذلك الوقت بمثابة المثل الأول لعالمه الخارجى، فالطفل التوحدى لم تسنح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه(ايمن احمد جيرة ، ١٩٨٤ ، ص ص ١٩، ٢٠)

ويرى عمر خليل (١٩٩١) أن أنصار وجهة النظر هذه يؤكدون على الخبرات الأولى في حياة الطفل لما لها من تأثير على مراحل نموه التالية وان الفشل فى إقامة علاقات مع الطفل قد تكون أحد الأسباب القوية للاضطرابات خاصة الانفعالية مما يؤدى إلى انسحابه وعزلته داخل أسواره الذاتية (ص ٥٢٣)

ومنذ بداية الستينيات تزايد الانتقاد للمفهوم التقليدى للتوحد على أنه اضطراب مرتبط بالوجدان كما زاد الهجوم على الرؤية النفسية المنشأ للتوحد ووصفت بأنها افتراض غير مناسب، ولقد اتفقت العديد من الدراسات أن ليس للوالدين دخل فى إصابة طفلهم بالتوحد و من ذلك دراسة عمر خليل (١٩٩٣) حيث توصل إلى انه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين بروفيلات آباء الأطفال المصابين بالتوحد وآباء الأطفال الأسوياء على استخبار ايزنك للشخصية (ص ٣٣٥)

و دراسة دى مايرومكادوا Demyer & Mcadoo (١٩٧٣) التى توصلت نتائجها إلى أن شخصية آباء الأطفال التوحديين لا تختلف عن شخصية وسمات آباء الأطفال

المضطربين باضطرابات أخرى، وأيضا كشفت الدراسة عن أن أمهات الأطفال التوحديين لديهم نفس المشكلات النفسية ونفس السمات بالمقارنة بالأمهات التى لا توجد لديهم أطفال لديهم مشكلات فى الصحة النفسية (ص ٢٠٩)

و هكذا يتضح أن معظم الدراسات الحديثة أكدت علي عدم وجود مبرر يسمح للوالدين بأن يعتقدوا بأنهم تسببوا فى إصابة طفلهم بالتوحد .

(٢) العوامل البيولوجية :

في الستينات بدأ الاهتمام يتجه إلى دور العوامل البيولوجية فى حدوث اضطراب التوحد وبسبب ما تم نشره عن النظريات النفسية بأنها لم تعد تفسر أسباب هذا الاضطراب وبسبب ما يظهر على الأطفال التوحديين من معاناة فى أنواع مختلفة من الإعاقات البيولوجية، فإن هناك اهتمام بالنواحى البيولوجية كسبب فى حدوث التوحد ومن هذه العوامل ما يلى :

أ – العوامل الجينية :

توصـلت بعـض الدراسـات إلـى أن هـناك ارتباط بين اضطراب التوحد وشذوذ الكـروموزومات مثل دراسة زونالِلى و داجت Zzonolli& Dagett (١٩٩٨) أشارت إلى أن هـناك ارتـباط بـين هـذا الاضطراب وبين كروموزوم يسمى كروموزوم أكس الهش Fragile X فهـذا الكروموزوم مسئول عن حدوث خلل فى الناحية العقلية حيث يؤدى إلى الـتخلف العقلـى وهذا الكروموزوم يدخل بنسبة ٥ :١٦% فى كل الحالات وقد يوضح هذا الارتباط زيادة عدد الأولاد عن البنات فى الاصابة بالتوحد (ص ٢١)

كمـا تـؤكد دراسة هورولد و بينجامين Harold &Benjamin (١٩٩٨) أن التوحد يـرجع إلـى .عوامل جينية فقد لوحظ أن حوالي من ٢ : ٤ % من أشقاء الأطفال التوحديين يصـابون بهـذه الإعاقة بمعدل ٥٠ مرة أكثر من عامة الناس وان معدل حدوث التوحد في الـتوائم المـتماثلة هـو ٣٦% بيـنما فـي التوائم غير المتماثلة يحدث بمعدل يساوى صفر (ص ١٦٤)

ولا تـتفق معها دراسة ميشايل ولوجيا Michael &Lwgia (١٩٩٧) التى أوضحت أن الـتوحد يحـدث بمعـدل ٩٦% فى التوائم المتماثلة ويحدث بعدل ٢٧% فى التوائم غير المتماثلة (ص ٢٣)

(ب) المضاعفات الولادية وقبل الولادية :

هـناك مضـاعفات عديـدة تحدث أثناء الولادة وتكثر فى ولادة الأطفال التوحديين عن غيـرهم مثل الولادة المبكرة و الأطفال المبتسرين وتأخر الولادة والنزيف المبكر فى الشهور

الـثلاثة الأولـى أو الوسطى من الحمل ويلاحظ فى فترة ما بعد الولادة يكون الأطفال اكثر عرضة لضيق التنفس وفقر الدم (محمود حمودة، ١٩٩١، ص ١٠٦)

و أشـارت دراسـة ميهر Meher (١٩٩٣) إلى انه من العوامل التي تمثل خطر قبل الولادة الإصابة بالحصبة الألمانية والإصابة بفيروس سيتومجالو Cytomegalo virus، أما العـوامل التي تمثل خطر بعد الولادة فتشمل الإصابة بالالتهاب المخي بسبب فيروس هربس سمبلكس والتهاب الغدة النكافية (ص ٤١٢)

ومن الدراسات العربية التى تناولت هذه العوامل الولادية وقبل الولادية دراسة محمد حسـيب الدفـراوى (١٩٩٨) عـن " الطفـولة الذاتـوية فـى الأطفال التوحديين والتقيمات والمصـاحبات الاكلينيكـية"و ذلـك على عينة مكونة من ٣٧ طفلا تم تشخيصهم على أنهم توحديـين،و قـام الباحث بمعرفة المشاكل التى حدثت أثناء فترة الحمل و الولادة أوما بعد الولادة حتى يعرف إذا كانت هذه المشكلات مرتبطة بحدوث اضطراب التوحد أم لا ، كما قام بدراسة المشاكل أو الصعوبات التى واجهت الأم أثناء ولادة إخوة هؤلاء الأطفال التوحديين ، و قـد وجـد أن هـناك زيادة فى المشاكل الحادثة أثناء ولادة الأطفال توحديين و ذات دلالة إحصائية عالية أكبر من التى رصدت لدى إخوة هؤلاء الأطفال المراهقين (ص٩٠)

(ج) خلل الجهاز العصبى المركزى :

أوضـح هـاريس Harris (١٩٩٩) إنه لا يوجد ما يشير إلى أن الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من قصور كبير أو إصابة أو تشويه في المخ ومع ذلك يظهرون ما يشير إلى وجود قصور عصبي يشمل ارتفاع معدل الايض" Metobolic Rate في بعض مناطق المخ وانخفاض هذا المعدل بشدة في أجزاء أخرى في المخ ، ويعانى العديد من الأطفال التوحديين من اضطرابات مختلفة تشمل شذوذ في رسم المخ الكهربائي " E. E.G " ويبدو أن اضطراب التوحد يصاحبه العديد من المشكلات و الاضطرابات وتشمل :

- زملة أعراض x الهش Fragile x chromosome
- أمراض خلقية وراثية Congenital hereditory disease
- تصلب درنى متحجر Tubrous scbrosis
- تليفات على الأعصاب Neurofibromotosis
- فنيل كيتون يوريا Phenyl ketonuria (PKU)
- تشنجات الطفولة المبكرة Infantile Spasms
- الاصابة بالحصبة داخل الرحم Introuterine Rubella Infection

وهذا يحدث بين الأطفال المصابين بالتوحد وهذه الاضطرابات تؤثر سلبا على الجهاز العصبى المركزى (ص ٥٢)

(د) العوامل البيوكميائية :

تناول عدد ضخم من بحوث الكيمياء الحيوية الأسباب المرضية المؤدية لحدوث التوحد وهذه الدراسات تناولت فحص الأنسجة والهرمونات والأحماض الأمينية، وأيضا تناولت دور الموصلات العصبية في حدوث التوحد ، فقد وجدت دراسة كينتاند Quintand (١٩٩٥) ارتفاع في معدل السيروتونين (هو عنصر كيميائي طبيعي في الدم) في ٣٠ : ٥٠ % من المصابين بالتوحد حيث ترتفع مستويات السيروتونين في الدم بنسبة ٥ % عن المعدل الطبيعي (ص ١٤)

بينما وجدت دراسة ينج ونيتيبيك Young &Nettebeck(١٩٩٤) بعض الأجسام المضادة فى مستقبلات السيروتونين لدى بعض الأطفال المصابين بالتوحد وإن انخفاض مستويات السيروتونين فى الدم يؤدى إلى إختفاء الأعراض المرضية و ارتقاء السلوك التكيفى (ص ١٩٠)

ثم قام جوردون Gordon (١٩٩٣) بعلاج اضطراب التوحد عن طريق إعطاء عقاقير تخفض من مستوى السيروتونين في الدم حيث أدى هذا العلاج إلى تحسن ملحوظ في طريقة الكلام و السلوك الاجتماعي واستمرت هذه التحسنات لمدة ثلاثة شهور بعد توقف إعطاء العقار ، وكذلك وجد أن تناول الطفل التوحدى لأدوية تعمل على خفض مستوى الدوبامين أدى أيضا إلى خفض حدة أعراض التوحد مثل سلوك إيذاء الذات والحركات النمطية المتكررة (ص ٢٠)

(هـ) تأثير الفيروس في حدوث التوحد :

تشير بعض الدراسات إلى أن الفيروسات من الممكن أن تسبب التوحد حيث يتزايد حدوث هذا الاضطراب بعد تعرض الأم للحصبة خلال الشهور الثلاثة الأولى في الحمل ، والإصابة بفيروس هربس وفيروس ستومجالو (الفيروس الذي يضخم الخلية) والإصابة ببعض الفطريات التى تسبب "مرض القلاع " وهو مرض من أمراض الأطفال يصيب الفم والحلق ويرتبط بالتوحد ، ومن هذه الدراسات ما قام به ريملاند وباكر Rimland &Baker (١٩٩٦) حيث توصلا إلى أن الفيروس يمكن أن يصيب الجنين فى بطن أمه إصابة بسيطة وعند الميلاد يظهر الطفل طبيعى إلا أن هذا الفيروس يكون كامن فى الطفل ثم ينشط بسبب

ضـغوط الحياة الطبيعية وهذه نظرية تقدم تفسيرا لما يحكيه العديد من الآباء عن أن أطفالهم كانوا فى البداية طبيعيين ثم أصبحوا مصابين بالتوحد نتيجة أو بعد هذه الإصابة (ص ٣٩)

(و) تأثير التلوث البيئي :

يـرى ايديلسون Edelson (١٩٩٨) بأنه لا يوجد برهان علمي حتى هذا الوقت عن التأثيـر البيئي على التوحد رغم أن انتشار السموم في البيئة يمكن أيضا أن يؤدى إلى التوحد حـيث وجـد أن معـدل عالـي للسموم في بلدة صغيرة تسمى Leomenster تابعة لولاية ماساتشوسـتس حـيث يوجد مصنع نظارات شمسية ووجد أن أعلى نسبة لحالات اضطراب التوحد كانت في البيوت التي يهب بها رياح دخان مدخنة هذا المصنع (ص٦٠٨)

ويتضح مما سبق أن هناك آراء متعددة و مختلفة حول الأسباب و العوامل المؤدية إلى إضطراب التوحد والتى يظهر منها عدم الاتفاق على سبب واحد لحدوث الإصابة بالتوحد من الممكـن أن يكون هذا طبيعى لأن حدوث الإصابة يعود لأسباب عدة ، و لكن هناك حقيقة أن هذا الإضطراب لم يتحدد بعد العوامل و الأسباب المؤدية إليه فهل هو بسبب وجود اختلافات فـى تـركيب المخ للطفل التوحدى ، أم أنه سبب جينى ، أو نتيجة خلل فى الجهاز العصبى المركزى ، أم بسبب كلهذه العوامل مجتمعة .

• علاج الأطفال التوحديين :

إن الطفـل الـتوحدى يعانى من مجموعة من الاضطرابات السلوكية و أوجه قصور مـتعددة تجعل من المستحيل عليه التعلم بدون تدخل الآخرين وبذلك فان الهدف الأساسي من تعليمه وتدريبه يجب أن يتجه إلى تنمية المهارات التواصلية وذلك لكسر حاجز العزلة و إلى تنمـية المهـارات التـى تعيده إلى المجتمع وتجعله يمارس حياته ونشاطاته، وهناك أساليب علاجية متعددة تستخدم مع الأطفال التوحديين و فيما يلى نعرض لأهمها كالتالى :

تعديل السلوك :

هـناك العديد من البرامج التدريبية التى يتم تقديمها للأطفال التوحديين في سبيل تأهيل هـؤلاء الأطفال ورعايتهم مثل تقديم برامج لتحسين أساليب التواصل مع الآخرين سواء كان تواصل لفظى أو غير لفظى، وغالبية البرامج التى يتم تقديمها للأطفال التوحديين تعتمد على إجـراءات تعديل السلوك وتعتبر هذه الطريقة من افضل الطرق التى أثبتت فاعلية كبيرة فى التعامل مع الأطفال التوحديين ومحاولة تأهيلهم وعلاجهم .

حــيث يــرى رمضان القذافى (١٩٩٤) أن فكرة تعديل السلوك تقوم على مكافأة وإثابة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة تماما وذلك فى محاولة للسيطرة على السلوك الفوضوى لدى الطفل التوحدى (ص ١٦٦)

كمــا وضحت دراسة هارولد و بينجامين Harold&Benjamin (١٩٩٨) أن المداخل السلوكية مبنية على مجموعة من الاستراتيجيات الهامة التى تؤدى إلى نجاح البرامج السلوكية وهى:

- التدخل المبكر فى سن ما قبل الخمس سنوات .
- استعمال أساليب وطرق تدريسية مناسبة لمستوى الطفل .
- تهيئة بنية الفصل الدراسى جيدا ليناسب طبيعة البرامج المقدمة للطفل .
- استخدام أساليب التعزيز كمدعمات للسلوك (ص ١١٨٧)

يرى لويس مليكة (١٩٩٤) انه يجب التأكد من وجود خاصيتين فى المعززات التى يتم استخدمها فى البرامج السلوكية ؛ قدرة المعزز على تغيير احتمال حدوث الاستجابة غير الصحيحة، وظيفتها الموجة للسلوك (ص ٦٥)

ويــتفق عادل عبد الله (٢٠٠٢) مع لويس مليكة فى أن المعززات يجب استخدمها عندما يقوم الطفل بالاستجابات الصحيحةحتى تكون بمثابة مكافأة له على تلك الاستجابة و أن تعطى لــه عقــب قيامه بالاستجابة الصحيحة مباشرة،كما يجب أن يكون هناك تنوع فىالمعززات فتشمل كل من الإجتماعى و المادى (ص٢١٩)

ويــؤكد دونـــلاب وفوكس *Dunlap&Fox* (١٩٩٩) أن إثابة الطفل على الاستجابة الصحيحة وتنويع المكافآت وتغيرها يجعل للتعزيز أثر طيب فى سلوك الطفل التوحدى ، كما يرى انه يجب الابتعاد نهائيا عن العقاب للسلوكيات غير الملائمة التى تصدر من الطفل واذا تــم استخدام العقاب يستخدم أساليب بسيطة مثل التجاهل وعدم الالتفات للاستجابات الخاطئة التى تصدر من الطفل (ص ٥)

ومن أشهر الطرق التى أسستخدمت مدخل تعديل السلوك مع الأطفال التوحديين برنامج لــوفاس Lovass (١٩٨٧) وهذا البرنامج قائم على النظرية السلوكية و الإستجابة الشرطية حيث يتم مكافأة الطفل على كل سلوك جيد و عقابه على كل سلوك سئ ،وهذا البرنامج أثبت فاعلية كبيرة و نتائج إيجابية فحوالى ٤٧% من الأطفال الذين تلقوا العلاج حققوا نتائج أفضل مع مستوى ذكاء مرتفع نسبيا (ص٩)

كما يعد برنامج (TEACCH) من أكثر البرامج استخداما في العديد من دول العالم ، ويهـدف هذا البرنامج إلى علاج الكلام و اللغة عند الطفل التوحدى باستخدام أساليب التعزيز الإيجابي و السلبي و كان من نتائج هذا البرنامج تحسن في المهارات اللغوية و المفاهيم غير اللفظية (سكوبلر Schopler، ١٩٨٦ ، ص٣٢)

وفـى ضـوء ما سبق يتضح أن الاتجاه السلوكى يعتمد على مبدأ الإثابة و هو المبدأ الذى ينادى به قانون الأثر الطيب لثورانديك حييث يتم مكافأة الطفل على كل مرة يؤدى فيها المطلـوب مـنه ، لذلك يمثل التعزيز عنصر أساسى فى ثبات الإستجابة الصحيحة و محاولة أسـتمرارها ، لـذلك ركزت الدراسة الحالية على أستخدام أسلوب تعديل السلوك ، وأستخدام التعزيـز بأنـواعه المادى و المعنوى، والتنوع فى المكافأت حتى لا يحدث ملل للأطفال ، و إسـتخدام أسـاليب العقـاب البسـيطة من تجاهل و إنطفاء لمحاولة إستبعاد السلوكيات غير المرغوبة .

أن عـلاج الـتوحد خضع لفلسفات ومداخل متنوعة ومتعددة منها ما هو موسع ومستمر لفتـرات طـويلة مـن الـزمن ومنها ما هو مكثف يتم خلال فترات زمنية قصيرة ومن هذه المداخل:

العلاج النفسي الفردي ((تحليل نفسى)) :

ظهـرت نظرية التحليل النفسي فى أمريكا خلال الثلاثينيات من القرن العشرين كطريقة لعـلاج الإضطراب النفسي ، وقد ذهب أصحاب هذه النظريات إلى أن هذا الإضطراب ينتج عن الخبرات البيئية غير السوية ، و بذلك فتعريض الطفل للخبرات البيئية الإيجابية قد يخلصه مـن هـذا الإضطراب، ويستند العلاج النفسي الفردى للأطفال التوحديين على توفير مواقف تتسم بالدفء و الرعاية و الضبط ، حيث يتعلم الأطفال مبادئ الهوية ، والتفاعل الإنسانى . و رغـم الأبحاث التى تمت فى هذا المجال إلا أنها لم تكن ذات فاعلية بدرجة كبيرة مع هؤلاء الأطفال (عبدالعزيز السيد الشخص ، زيدان أحمد سرطاوى ، ١٩٩٩، ص ص ٤٤٠ -٤٤١)

وترى هدى أمين (١٩٩٧) أن العلاج النفسى التقليدى يستخدم مع الأطفال المصابيين بالتوحد والذهان ويكون التركيز على العمليات البين نفسية حيث يرجع برونو بيتلهيم Bruno Bettelheim الـتوحد إلـى الفشل الوالدى ويركز العلاج على خلق بيئة بعيدة عن الوالدين حتى يستطيع الطفل أن ينمو كشخص مستقل حيث وجد بيتلهيم أن استخدام هذا العلاج يرتبط بقـدرة الطفل اللغوية و أكد أن ٧٩% من الحالات التى تعرضت للعلاج اظهروا تقدم جيد أو متوسط (ص ١٠٢)

العلاج الدوائي :

هناك العديد من العقاقير التي تستخدم في علاج المشكلات السلوكية الخاصة باضطراب التوحد مثل ؛ العقاقير المنبهة ، ومنشطات الأعصاب ، ومضادات الاكتئاب ، و العقاقير المضادة للقلق ، ومضادات الذهان . ولكن نتائج استخدام هذه العقاقير تشير إلى أن فائدتها محدودة بالإضافة إلى تأثيرها السلبي على سلوك الطفل. ومن الدراسات التي تكلمت عن هذه العقاقير دراسة ديفيد David (١٩٩٤) والتي تناولت دراسة عقار الهالوبريدول Haloperidol وهو عقار مضاد للذهان يعمل على تقليل نسبة الدوبامين ومن الممكن أن يخفض الحركات النمطية والتكرارية والانسحاب والانطواء على النفس ، ولكن يصاحبه آثار جانبية ويمكن التغلب عليها بوقف العقار من آن لآخر (ص ٥٠٦)

وقد ذكر إلهامي عبد العزيز (١٩٩٩) أن هناك عقار الفينفلورمين Fenfluromine الذي يقلل من مستوى السيروتوستين في الدم فقد نقص بمتوسط ٦٠% بعد ٦ أسابيع من تعاطى العقار(ص ٢٢٢)

وهناك العديد من العقاقير والمسكنات التي يمكن استخدامها ولكن لم تثبت فاعلية كبيرة ولها العديد من الآثار الجانبية والتي تعطى تأثيرات غير مرغوبة

العلاج باستخدام الحمية الغذائية :

في ١٥ يونيو ١٩٩٩ أوضحت هيئة المشاركة في نشر الوعي لفائدة اسر الأطفال عن كيفية إفادة هؤلاء الأطفال ومحاولة علاجهم عن طريق استخدام نظام غذائي خالي من الجلوتين والكازين ٠ لما لوحظ أن بعض أنواع الأغذية تكون مسئولة عن حدوث بعض الاضطرابات السلوكية للتوحديين ٠ وتم إعطاء علاج عبارة عن حمية غذائية خاصة وتحتوى على أطعمة خالية من مشتقات الحليب والقمح حيث وجد أن العديد من الأطفال التوحديين لديهم أمعاء ومعدة بها خلل أو تلف ومعظمهم لديهم مشكلات في عملية الهضم ولديهم أمعاء مرشحة تسمح لبعض البروتينات المهضومة جزئيا وخاصة الجلوتين الذي يأتي من " القمح – الشوفان – الشعير " و الكازين الموجود في الحليب ومشتقاته الأخرى للمرور من خلال مجرى الدم وهذه البروتينات المهضومة جزئيا تكون مادة البيبتايد التي تكون لها تأثيرات شبه تخديرية وتستطيع أن ترتبط بالمستقبلات في المخ وتحدث أضرار مثل أي مخدر عادى وهذه المخدرات تستطيع أن تزيد من أعراض التوحد ،وبذلك فقد أشارت الدراسة إلى أن استخدام الحمية الغذائية الخالية من الكازين والجلوتين لها فائدة في تخفيض أعراض التوحد خاصة السلوكية (وتيلي Whiteley، ٢٠٠٣، ص ٣)

العلاج باستخدام هرمون سكرتين :

في دراسة تجريبية قام بها شوتك Shottock (١٩٩٩) على هرمون السكرتين ومدى فاعليته وخصائصه الإيجابية على مرضى التوحد حيث أن هرمون السكرتين Secrtin وهو أحـد هـرمونات الهضم الذي يزيل الجلوتين في القناة الهضمية ويفرز بعض المخاطيات في الأمعــاء الغليظة ، وفى هذه الدراسة وجد أن ١٠% من الآباء شعروا ببعض التغيرات الجيدة علــى أطفالهم التوحديين عند اخذ حقن من الهرمون ، و ٣٠% شعروا بتحسنات ذات دلالة ، ٣٠% كانوا غير متأكدين ، ٣٠% أكدوا أنه ليس هناك أي تغيرات وكثير من الآباء لاحظوا اختفاء الحركات النمطية وفرط الحركة لدى أبنائهم (ص ٤)

العلاج بالموسيقى :

بـدأت هذه الطريقة تشق طريقها فى علاج الأطفال التوحديين حيث ينتشر بينهم الفهم والاستماع للموسيقى وغالبا ما يظهر لدى هؤلاء الأطفال قدرة موسيقية جيدة كما يعد العلاج بالموســيقى مفـيد جدا فى تعليمهم وخاصة عندما تغيب اللغة ، ويخضع الطفل لجلسات من الموسيقى بشكل يومى مكثف وهناك مقطوعات معدة خصيصا يستمع لها الطفل عبر سماعات ذات رفاهية عالية ، ولكن هذا النوع من العلاج لا يعد علاج عام يفيد فى كل الحالات فمازال محل جدال حتى الان (اليفن و ورفيك Alvin& Worveick ، ١٩٩١ ، ص ٣٤٣)

ويرى كل من عبدالعزيز الشخص و عبدالغفار الدماطى (١٩٩٢) أن العلاج بالموسيقى يســتخدم لتحقيق أهداف علاجية حيث يقوم أخصــائى العلاج الطبيعى بأستخدام الموسيــقى لإحداث تغيرات مرغوبة فى سلوك الفرد (ص٣٠٣)

العلاج باستخدام الحيوان :

توجد دراسة قام بها ميللير Muller (١٩٩٢) التى توضح أن هناك تحسنات فى السلوك تحدث لدى الطفل التوحدى وتساعده على الكلام وذلك باستخدام السباحة مع الدولفين وتمت هذه التجربة فى انجلترا ولكن هذه الدراســة ادعاءات ولم تثبت فاعــلية حتــى الآن (ص ٢٢)

العلاج بالرياضة البدنية :

يشير كولد Could (١٩٩١) بأن التمارين الرياضية الجسمانية لها تأثيرات إيجابية علــى تحســين المشــكلات السلوكية للأطفال التوحديين ، كما يشير إلى أن هناك نظرية في اليابان تقوم على التركيز على النشاط الرياضي واسمها برنامج هيجاشى و أكدت هذه النظرية

أن الرياضة تجعل المخ يفرز الاندروفينات التي تهدئ الجسم وتجعل الطفل يأكل جيدا ويحبس شعوره بالتوتر وتقلل الأنشطة النمطية التكرارية التي يقوم بها الطفل (ص ١٠)

العلاج باستخدام التقنيات الحديثة :

من الأساليب الحديثة المنتشرة حاليا فى علاج التوحد استخدام الكمبيوتر ، وقد أشارت دراسة سويتنهام Swettenham (١٩٩٦) إلى إنه عند تقديم بيئة تعليمية جيدة متوافر بها مواقــف سمعية وبصرية بجانب تقديم تقنيات بسيطة وعالية من أجهزة إنتاج الصوت وأنظمة الصورة ولوحات مفاتيح معدلة و استخدام هذه الاستراتيجيات مجتمعة تؤدى إلى تحسين اللغة ومهارات التواصل والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين (ص ١٦٠)

وهكــذا يتضـــح أن هناك تنوع كبير فيالأساليب العلاجية لإضطراب التوحد إلا أنه لم يثــبت بعد أيهما أكثر فاعلية ، وهذا التنوع فى الأساليب إن دل على شئ أنما يدل على مدى الأهتمام الذى يحظى به التوحد من جانب عدد كبير من المتخصصين فى المجالات المختلفة

ثانيا : مهارات التواصل :

تعتبـــر ظاهرة التواصل الإنساني قديمة قدم البشرية والحضارات الإنسانية القديمة منذ أن إدراك الإنســـان أهمية أن يكون بينه وبين أخيه الإنسان حوار وأن يتم تبادل المعنى بينه وبـــين جمـــيع من حوله من البشر من خلال التفاعل النفسى والاجتماعي، والتواصل عملية ضرورية يصبح الفرد من خلالها إنسانا ويرتبط أيضا من خلالها بالأفراد الآخرين .

١- مفهوم التواصل :

بالـــبحث عـــن كلمـــة تواصل فى معجم اللغة العربية نجد أنها من الفعل (وصل)، (وُصِـلَ) إلـــيه (وُصولاً) أي بلغ ، و (وصل) بمعنى (اتصل) ، (و الوصل) ضد الهجران . وبينهما (وصله) ،.أي اتصال وذريعة . وكل شئ اتصل بشئ فما بينهما وصله والجمـــع (وُصـــل) . أي أن مفهـــوم التواصل يشير فى اللغة العربية إلى عدم الهجر أو المقاطعة والارتباط والبلوغ والتقرب (ص ٧٤)

بينما الترجمة الانجليزية لكلمة تواصل هى Communication وتعنى :-

١ – رسالة شفوية　　　　　٢ – معلومات مبلغة

٣ – تبادل الأفكار عن طريق الكلام أو الإشارة

وتعنى عملية نقل أو إعطاء للمعلومات أو انه عملية تعامل .

ويـــتفق محمـــد خلـــيل (١٩٩١) مع قاموس اللغة الإنجليزية ويفضل ترجمة اصطلاح Communicationبكلمـــة تواصـــل لا كلمة اتصال ويرى أن عملية التواصل بمثابة الحوار

الـذي يـدور بين شخصين و عملية التفاعل القائمة بين فردين أو فرد وجماعة أو جماعتين والتـي يـتم فيها نوع من التأثير المتبادل من خلال نقل وتبادل الآراء و الأفكار والمعتقدات وذلك في إطار نسق اجتماعي معين (ص ٣)

و يرى كل من جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (١٩٨٩) أن التواصل يعني بصفة عامـة نقل شئ من موضع إلى آخر والشئ المنقول قد يكون رسالة أو إشارة أو معنى ولكي يـتم التواصـل لابد أن يكون هناك مرسل و مستقبل و أن يشتركا في خبرة واحدة بحيث أن المعنـى أو المعلومات التي تحتويها الرسالة تفسر دون خطأ ٠ كما تطلق كلمة التواصل على الرسالة أو البيانات والمعلومات المنقولة فعلا (ص ٦٧٠)

و ترى زينب شقير (٢٠٠١) أن التواصل هو الفعل الذي يتضمن نقل أو إرسال إشارة أو رمزا منطوقا أو مكتوبا من مصدر معين (ص ١٥)

ويعرف كلاً من جابر عبد الحميد جابر و علاء الدين كفافي (١٩٩٥) التواصل على أنه عملـية معقـدة فـي إقامة وتطوير الروابط بين البشر والتي تتولد عن الحاجة إلى الأنشطة المشـتركة وتتضـمن تـبادل المعلومات و بلورة استراتيجية واحدة للتفاعل والإدراك وفهم الشخص للآخرين ومن ثم يمكن تمييز ثلاثة جوانب للتواصل و هي على وجه التحديد ؛جانب توصيلي ،و جانب تفاعلي ،و جانب إدراكي .

وتتمثل وسائل العملية التواصلية في انساق متعددة من العلاقات وهي :

- الكلام بصفة أساسية .
- نسق العلاقات والإشارات البصرية و الحركية والإيماءات و المحاكاة والتعبير الوجهي .
- الأنساق شبه اللغوية الخارجة عن نطاق اللغة والإشارات غير اللفظية .
- نسق لتنظيم زمان ومكان الاتصال .
- نسق ثلاثي النظرات وهو يمثل أحد السمات الهامة في التواصل (ص١٦٥) .

وتتبنى الباحثة تعريف جابر عبد الحميد جابر و علاء الدين كفافي لتماشيه مع موضوع الدراسـة لأنه يؤكد على الجوانب التواصلية سواء كانت لفظية مثل اللغة، أو غير لفظية مثل الإيمـاءات والإشـارات و الحركات الجسدية والتعبير الوجهي ٠ وسوف تكون هذه أساليب مستخدمة في البرنامج التدريبي للأطفال التوحديين .

٢-أنواع التواصل :

التواصل يعتبر عملية غنية وشاملة تتضمن تبادل الأفكار و الآراء والمشاعر بين الأفراد بشتى الوسائل و الأساليب ويمكن تقسيم أنواع الاتصال الإنسانى إلى مجموعتين اساسيتين هما :

أ- الاتصال اللفظى

و تعتبر اللغة المنطوقة وهى الكلام أحد اشكال التواصل التى تتيح للفرد نقل المعلومات بصــورة دقـيقة و مفصـــلة و يرى عبد العزيز السيد الشخص (١٩٩٧) أن مهارات الكلام والتواصـــل تـــنمو لـــدى معظم الافراد دون عناء فضلا عن إنه يمكن تصحيح بعض حالات اضـــطراب الكلام و التواصل العارضة بسهولة ولكن بعض الأطفال قد يعانون من مشكلات حـــادة فـــي تلك العملية مثل الأطفال التوحديين الذين لديهم اضطراب في مهارات التواصل اللفظية و التى تمنعهم من التفاعل مع الآخرين (ص ١٩)

وتـــؤكد زيـــنب شـــقير (٢٠٠١) على اللغة التى تعتبر من الأشياء الهامة في التفاهم الإنســـانى و عـــندما حدث تطور فى المجتمعات أصبحت هذه المجتمعات قادرة على صياغة كلمـــات ترمز إلى معانى محددة يلتقى عندها أفراد المجتمع ويعتمدون على دلالاتها في تنظيم علاقاتهم و التعبير عن مشاعرهم ، و كما نرى فأن التواصل اللفظى يشمل ويجمع بين الألفاظ المنطوقة و الرموز الصوتية (ص ٢٠)

ويرى فرج الكامل (١٩٨٥) أن التواصل البشرى فى الغالبية العظمى من الحالات يتم عـــن طـــريق الكلمـــات سواء كانت المنطوقة أو المكتوبة وبدون اللغة يصبح من المستحيل توصـــيل المعانـــى الدقـــيقة و الأفكـــار والعواطف إلى الآخرين ولذلك يجب أن تكون اللغة المستخدمة معروفة ومفهومة للاخرين حتى يكون التواصل عملية ناجحة و تصبح اللغة وسيلة للتفاهم و التواصل الإنسانى (ص ١١١)

ب – الاتصال غير اللفظى Nonverbal Communication

يـــدخل ضمن هذا التقسيم كل أنواع الاتصال التى تعتمد على اللغة غير اللفظية و يطلق علـــيه احيانا اللغة الصامتة Silent Language ويقسم بعض العلماء الاتصال غير اللفظى إلى :

١- لغة الإشارة Sign Language

وهـــى نوع من أنواع التواصل غير اللفظى وتتكون من الإشارات البسيطة أو المعقدة التى يستخدمها الانسان مع غيره ، و الإشارات توضح ما يحتاجه الفرد و تساعده فى توضيح ما يقوله (شوتير Shuter ، ١٩٧٩ ، ص ٦٥)

٢- لغة الحركة أو الأفعال (حركة الجسد) Body Postures

وهى جميع الحركات والافعال الجسمية التى يقوم بها الانسان لينقل إلى الغير ما يريد من معانى أو مشاعر ؛ مثل استخدام حركات الجسم للتعبير عن الألم، أو تحريك الشفاة تقليدا لكــلام الآخــرين ، أو قــذف الأشياء تعبيرا عن الرفض ، وملامسة الأشياء للتعرف عليها (لنمبيرث Lnmberth ، ١٩٨٠ ، ص ١١٦)

كمــا يعرف كل من جابر عبد الحميد و علاء الدين كفافى (١٩٨٩) لغة الجسم بأنها طــريقة التعبير عن المشاعر اللاشعورية و الدفعات و الصراعات من خلال أعضاء الجسم ، كما في الأعراض التحولية أو من خلال وضع الجسم ، أو الإشارات ، أو التعبير الوجهي أو أي صورة من صور الاتصال غير اللفظي . وفى العلاج النفسي أحد الأهداف الرئيسية وهو ترجمة و تفسير لغة الجسم ، ويستخدم مصطلح لغة الجسم بالتبادل مع مصطلح لغة الأعضاء (ص٤٩١)

٣- الحوار الوجهى أو التعبير الوجهى Facial Expression

و تعبيـــر الوجه يدل على استجابة انفعالية ، و للوجه تعبيرات مختلفة حسب الظروف التي يمر بها الإنسان و تعتبر تعبيرات الوجه عالمية بمعنى أنها لا تختلف باختلاف المكان أو الـــزمان و الـــوجه له انفعالات تتمثل في ؛ السعادة و القلق و الاكتئاب والدهشة والاشمئزاز والخوف والغضب والألم (اليوت Elliot ، ١٩٩٤، ص ١٦١)

ويعرف كلا من جابر عبدالحميد و علاء الدين كفافى (١٩٩٠) التعبير الوجهى بأنه نمط وجهى يدل على استجابة إنفعالية أو إضطراب إنفعالى ، ويمكن التعرف على الإنفعالات الوجهية المختلفة من خلال المواقف التىيمر بها الفرد ، وقد وجد أيضا أن الوجه يكون مرآة للإضطراب الإنفعالى (ص١٢٤٢)

٤- الاتصال بالعين Eye Contact

و هــى النظــر إلـــى الشخص الذي يحادثنا أو يحاورنا وتعتبرعملية التقاء العيون أمرا أساسيا للتواصل والتفاهم بين الناس وتعتبر أول إشارة تفتح الطريق إلى الاتصال مع الآخرين (كيليفيلاند Cleveland ، ١٩٨١ ، ص ١٩٦)

٥- الإيماءات Gestures

ويقصد بها نوع من أنواع الأداء Performance وهى أنواع متعددة منها إيماءات تلقائية، و الإيماءات التعبيرية، و الإيماءات الإشارية، و الإيماءات الانفعالية (دافيتي Davit، ١٩٦٤ ، ص ٧٨)

و يــرى فــرج الكامل (١٩٨٥) أن الكلمة المنطوقة أو المكتوبة ليست هى الوسيلة أو الأداة الوحيدة فى الاتصال البشرى ، فالتواصل غير اللفظى يعد أداة أخرى لتوصيل المعانى أو العواطــف و هو يأخذ أشكال متعددة مثل الإشارات والحركات المختلفة وتعبيرات الوجه ، ووضــع الجســم أو الحــركة أو النشاط الذي يقوم به الفرد ، وأن الرسالة غير اللفظية التى يــوجهها الفــرد قد تحتمل معانى مختلفة تماما عن الرسالة اللغوية فمن الممكن أن تكون عن طــريق الحركات مثل حركات اليد وهز الرأس ، وطبقة الصوت أو سرعة التنفس ، وان كل شــعب لــه لغــة محــددة ويتم تعليم وسائل التواصل غير اللفظية كجزء من عملية التنشئة الاجتماعية لهؤلاء الافراد (ص١١٢)

و أوضحت لانجر Langer أن هناك فرقا بين اللغة اللفظية والوسائل غير اللفظية من حــيث الطريقة التي تتم بها فهم المعاني التي تتضمنها كل منها ، فاللغة اللفظية تستند أساسا على الرموز ويطلق عليها رموز التتابع أو التوالي و بالتالي فان طريقة الفهم لمعنى هذه اللغة تقــوم على قراءة الفرد لألفاظ الجملة الواحدة لفظا ويحدد ذلك حسب قواعد اللغة من صرف ونحو بينما ترى أن الوسائل غير اللفظية لكي تتم عملية انتقال معانيها إلى الأفراد سواء عن طــريق الصور أو غير ذلك من الوسائل تستند أساسا على عرض الوسيلة ككل وبالتالي فان إدراك الفــرد يــتم بطــريقة كلية في بادئ الأمر ثم بعد ذلك تأتى مرحلة التفاصيل و تمييز الأجزاء الدقيقة في الموقف وربطها بالكل (نوال محمد عطية ، ١٩٩٥ ، ص ٥٨)

وبــذلك نجد أن اللغة الفظية ليست فقط هى اللغة التى يستخدمها الفرد في التعبير عما يدور في ذهنه من أفكار ولكن يحتاج الفرد إلى اكثر من لغة للتعبير عما في نفسه ، ومن هنا كانــت اللغــة غيــر اللفظية ذات أهمية كبرى في حياة الفرد عامة • فكلها أنواع من التعبير بالنسبة إلى الانسانية (سير جيوستين ، ١٩٩٢ ، ص ١١٨)

ثالثا : اضطراب مهارات التواصل :

أن التواصــل الإنسانى هو العملية المركزية فى ظاهرة التفاعل الانسانى و الاجتماعى ومن هذه العملية ينشأ التجاذب والتنافر ويتم من خلالها التجانس و يظهر التباين بين الأفراد و بــذلك تعتبر عملية التواصل الانسانى على درجة كبيرة من الأهمية واضطرابها على درجة

أكبـــر من الخطـــورة نظرا لفقدان الإنسان لقدرته على التواصل مع الآخرين ، يكون فقد بذلك قدرتـــه على الأداء الوظيفى لادواره المختلفة فى الحياة والمجتمع (سحر عبدالحميد يوسف ، ١٩٩٧ ، ص٣)

لـــذلك يـــرى عبد المنعم الحفنى (١٩٧٥) أن نظريات علم النفس ينبغى اعادة صياغتها علـــى أساس التواصل الجيد مع الآخرين أو الفشل في التواصل معهم لا على أساس الوظائف و الاضطرابات الوظيفية في الافراد (ص ١٠٥١)

و قـــد أشار جولدن Goldon(١٩٨١) إلى أن إعاقة التواصل في علم النفس المرضى تعتبـــر كـــونها الظاهـــرة المرضية الأكثر إنتشارا في مجال علم النفس و أن أعراضها ذات انتشـــار واسع يدخل ضمن العديد من الأمراض السيكومترية على سبيل المثال التخلف العقلي – التوحد – الفصام (ص ٢٢)

و قـــد عرفت سحر عبد الحميد يوسف (١٩٩٧) أمراض التواصل بأنها ((عدم القدرة علـــى نقـــل الأفكار والمشاعر سواء من خلال الكلام أو الكتابة و فى معدل طبيعى بدون أي تشـــوه فـــي الشكل أو المضمون حيث أن التواصل هو تلك العملية التى يتم من خلالها الكلام المتبادل ذو المعنى أو لغة الإشارة أو لغة الجسم (ص ٤)

بيـــنما يـــرى هـــارى ولامب Hary &Lamb (١٩٩٣) أن أمراض التواصل تعنى اضـــطراب في إنتاج واستقبال الكلام و يشتمل هذا التعريف على كافة الأمراض والصعوبات العقلية بما في ذلك الفصاميين والتوحديين وضعاف السمع (ص ٣٧)

و من الأشياء الهامة التى يمكن ملاحظتها بوضوح على الطفل التوحدى و التى تشكل أحد اوجه القصور الأساسية التى يعانى منها الطفل أن لغته تنمو ببطء أو أنها قد لا تنمو على الإطـــلاق وإيضا لديه صعوبات أساسية فى التواصل و تؤثر بدورها فى ظهور اضطرابات أخرى

و يـــرى محمـــد كامل (١٩٩٨) أن اضطراب التواصل فى الأطفال التوحديين مع من يحـــيط بهـــم يعد مشكلة متعددة الجوانب وتظهر فى صورة إنخفاض فى مهارات التواصل و مشـــكلات فى التعبير عن المشاعر والإنفعالات التى يمرون بها ، ومن ثم تظهر عليهم بعض السـلوكيات التـــى تدل على استثارتهم إنفعاليا أو الغضب مثل إلقاء الأشياء بعيدا أو قذف ما يكـــون بأيديهم مما يعد تعبيرا عن رغبتهم فى جذب إنتباه المحيطين بهم أو التعبير عن افكار معينة لا يستطيعون التعبير الصحيح عنها (ص ٣١)

ويـتفق ذلك أيضا مع كيول Kaull (١٩٩٥) حيث يرى أن اضطراب التواصل أكثر عمقا من مجرد قصور في اللغة فقط وإنما يعانى الأطفال التوحديين من نقص في فهم السلوك التواصـلي سواء كان بأساليبه اللفظية أو غير اللفظية كما انهم لا يستطيعون استخدام أو فهم معنـى الإشارات أو تلميحات الوجه أو معنى الابتسامة أو العبوس و لا يستخدمون الاتصال البصري للفت انتباه الآخرين أو الآسرة إليهم (ص ١٨٣)

و تـتفق معـه هدى أمين (١٩٩٧) حيث ترى أن اضطراب التوحد يكون به إصابة أساسية في التواصل اللفظى وغير اللفظى و يستخدم الاطفال اشارات لفظية اقل خالية من أي تعبير عن المشاعر ويغيب لديهم اتصال العين والضحك الاجتماعي والتعبير الوجهى ويعانى بعـض الأطفـال من نقص إستخدام الإيماءات فى التفاعل مع الآخرين ، حيث أن الإيماءات تحتاج إلى وعى بالآخرين و بحالته المزاجية وهذا ما يفتقده الطفل التوحدى (ص ٤٢)

و نجـد الأطفال التوحديين لا يميلون إلى التواصل بأساليب غير لفظية فنجد أن وجوههم بـلا ملامـح و لا تعكس إلا تعبيرات ضعيفة و لا يستخدمون أيديهم أو أجزاء من أجسامهم بنفس الطريقة التى يؤدى بها الطفل العادى فنجد أن الطفل التوحدى لا يستخدم تلميحات تلقائية لـتعويض صـعوبات التواصل اللفظى مع الآخرين و مع ذلك نجد أن بعض هؤلاء الأطفال يستخدمون بعض صور التواصل غير اللفظى فمثلا قد يسلكون مثل الأطفال الصغار فيلجأون إلـى الـبكاء أو الصياح كى ينبهوا الآخرين إلى أنهم يريدون شيئا ، ولان هؤلاء الأطفال لا يتواصلون بأساليب غير لفظية فإنهم بالتالي ليس لديهم فهم للتعبيرات أو التلميحات التى تصدر من الآخرين و من ثم فإنهم يعجزون عن تفسير مشاعر الآخرين بطريقة صحيحة و مع ذلك من الممكن أن يتعلموا اساليب التعبير عن الحاجات الأساسية باستخدام الإشارات والرموز و أن ذلك التحسين يمكن أن يقود إلى النمو في لغتهم المنطوقة (شاكر عطية قنديل ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٨٦ – ٨٧)

ويرى إلهامي عبد العزيز (١٩٩٩) أن اضطراب التواصل غير اللفظى يؤثر في عديد مـن نواحى السلوك خاصة إذا وجدت منذ الرضاعة كما يلاحظ أن الأطفال من ١٠ إلى ١٢ شـهر لا يرغبون فى لفت انتباه الآباء لهم أو يشاركون آبائهم أو يشيرون إلى الأشياء و كما يتجنـبون النظر ويبتعدون عن والديهم ويفتقدون إلى التعبير الوجهى و الإيماءات الاجتماعية مـثل هـز الرأس علامة على الموافقة أو الرفض ، كما يرفضون لمس شخص آخر لجذب انتباهه أو إظهار تعاطف نحوه و يميل بعض التوحديين خاصة البنات بأن يكون لديهم ابتسامة ثابتة و ليست مرتبطة بموقف اجتماعي (ص ١٥٥)

ومــن النظريات الهامة التى ساعدت على فهم حدوث القصور في التواصل من جانب الأطفال التوحديين ما عرف بنظرية العقل أو المعرفة Theory of mind كوهين و ليسيل و فريث Cohen, Leslie&Frith (١٩٨٥) و تقوم هذه النظرية على أن الأطفال التوحديين يعانــون مــن قصور في فهم وإدراك الحالات الانفعالية سواء الخاصة بهم أو بمن يحيط بهم فالأطفــال التوحديين ليس بمقدورهم تكوين اعتقادات أو إدراك ما يعتقده الآخرون إلى جانب انهــم لا يستطيعون التعبير عن انفعالاتهم بشكل مقبول وليس بإمكانهم التمييز بين الانفعالات المخــتلفة و لــذلك فإن تنمية قدراتهم على التواصل ، يجب أن نهتم بتنمية المستوى اللغوى اللفظــى وغيــر اللفظى وان نساعدهم على التمييز بين الانفعالات المختلفة وأن ننمى وسائل التواصل غير اللفظية مثل الإشارات و الإيماءات والحركات الجسدية (ص ٣٩)

وهكذا يتضح من نتائج الدراسات المختلفة أن للتواصل أنواع مختلفة سواء كان لفظى عــن طريق اللغة و الكلام ، أو غير لفظى عن طريق الإشارات ، والإيماءات ، و الحركات الجســدية أو أى صورة من صور التواصل غير اللفظى ، وعملية التواصل نوع من التفاعل المتــبادل وإذا فقد الطفل هذا التفاعل أصبح لديه إضطراب فى التواصل يمنعه من أن يجعل كلامه مفهوم للآخرين أو أن يعجز عن توصيل أفكاره بطرق مناسبة للآخرين ، وإضطراب التواصــل لــدى الأطفال التوحديين يعد من الإضطرابات الأساسية وإيضا يؤدى إلى ظهور إضــطرابات أخــرى مــثل الإضــطرابات الإجتماعية ، والدراسة الحالية بحثت فى أساليب التواصــل غير اللفظى حتى يستطيع الطفل أن يجد وسائل بديلة عن الكلام للتعبير عن نفسه وعن إحتياجاته .

ثانيا : دراسات سابقة :

مقدمة :

سوف يتناول هذا الجزء عرض ومناقشة الدراسات السابقة و التى لها علاقة بموضوع الدراسة وذلك بهدف الاستفادة منها في إجراء الدراسة الحالية و في النهاية سوف يتم اشتقاق الفروض التى سوف تقوم عليها الدراسة .

- و قد صنفت الدراسات إلى ما يلى:-

أولا دراسات اهتمت بمعرفة مدى فاعلية البرامج التدريبية للأطفال التوحديين

ثانــيا دراسات اهتمت باستخدام برامج تدريبية سلوكية لعلاج مهارات التواصل غير اللفظى لدى الأطفال التوحديين .

أولا : دراسات اهتمت بمعرفة مدى فاعلية البرامج التدريبية للأطفال التوحديين :

وتأتـــى فـــي مقدمـــة هـــذه الدراســـات دراســـة كوجل و شربيمان و أنيل Koegel, Schreibman&Oneill (١٩٩٣) حيث تضمنت تدريب ثلاثة من الاخوة للأطفال التوحديين علـــى تطبـــيق أساليب تعديل السلوك معهم ، و قد شمل البرنامج مشاهدة هؤلاء الاخوة فيلما تدريبيا على تطبيق أساليب تعديل السلوك و تم تعلمهم مفاهيم التعزيز ، و التشكيل ، والتسلسل ، والانطفاء، وكان تعليم هذه الفنيات تحت إشراف مدربين متخصصين .وأثبت البرنامج مدى فاعلـــية إشـــراك و تدريب اخوة الأطفال التوحديين ، واتضح أن هؤلاء الاخوة أحرزوا تقدم كبير مع إخوانهم التوحديين و الذين أظهروا بدورهم تحسن في سلوكياتهم .

وقام هولين و ريتر Howlin&Ruttar (١٩٨٧) بدراسة استهدفت تدريب ٦٠ أسرة للأطفـــال التوحديين الذين هم في سن ٩ سنوات حيث تلقوا تدريب لمدة ثمانية أشهر بالمقارنة بمجموعة لم تتلق أي تدريب علاجي وتم تدريب الأمهات علي تعديل السلوك ،وتعليم اللغة ، والـــتعامل مـــع المشاكل السلوكية وكشفت النتائج عن وجود تحسنات ذات دلالة إحصائية في مهـــارات التواصل والمهارات الاجتماعية وتحسن في السلوكيات الضارة التي يقوم بها الطفل بالمقارنة بالمجموعة التي لم تتلق أي تدريب وكانت توصية البرنامج بأن هناك فاعلية كبيرة في تدريب الوالدين في البرامج العلاجية ، ولكن يجب أن تكون هناك تداخلات أخرى لعلاج الأطفال .

وقـــد استهدفت دراسة قام بها سشلين و توبن Schlin&Tobin(١٩٩٠) إلي معرفة مدي فاعلية استخدام أنشطة اللعب الاجتماعي علي تحسين سلوكيات اللعب للأطفال التوحديين حـــيث قام باستخدام مجموعتين من الأطفال الأولي من الأطفال التوحديين وتتكون من (١٧) طفـــل في سن المدرسة والمجموعة الثانية من الأطفال العاديين والذين ليس لديهم أي إعاقات وتتكون من (٢١) طفل في نفس السن وتم تدريبهم علي ثلاثة مستويات من اللعب وهي اللعب منفـــردا ، اللعب في مجموعات ، اللعب في فريق وتم التدريب في خلال ٢٠ جلسة أظهرت النتائج دلالة كبيرة في استخدام هذه الأنشطة و أظهرت دلالة إحصائية أكبر في اللعب المنفرد للأطفال التوحديين مقارنة بالأطفال العاديين .

وقـــام لـــي و كنتزيـــر Lee&Knitzer (١٩٩٤) لـــتدريب الأطفال التوحديين على الاستخدام الصحيح للضمائر الشخصية مثل ضمير(أنا، أنت) وكان التدريب علي مجموعتين الأولي من الأطفال التوحديين مكونة من (٢٥) طفلا والمجموعة الثانية من الأطفال المتخلفين عقليا وغير مصابين بالتوحد ومكونة من (٢٥) طفلا . وتم التدريب علي الاستخدام الصحيح

للضــمائر مـــن خلال مواقف الاختبار وكانت عينة الأطفال التوحديين أقل استخداما لضمير (أنت) عن العينة الضابطة من غير المصابين بالتوحد .

وقد كشفت دراسة هيمان و كليمينتس Heiman&Clements (١٩٩٥) عن فاعلية استخدام الكمبيوتر في تحسين التفاعل للأطفال التوحديين حيث استخدام برنامج للكمبيوتر وتم تطبـــيقه علي مجموعتين مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية في سن ٣-٩ سنوات حيث تم تـــدريب المجمـــوعة التجريبية علي تعلم القراءة والتواصل اللفظي وغير اللفظي عن طريق الصـــور ومدة التدريب كانت ستة شهور، وفي نهاية التدريب أظهرت المجموعة التجريبية تحســـن ملحوظ في القراءة والتواصل غير اللفظي عن طريق الصور والتواصل اللفظي عن طريق الكلمات وعند عمل قياس تتبعي لهم أظهروا تقدم وتحسن ملحوظ .

وتمشيا مع هذه الدراسات تأتي دراسة رويرز Roeyers (١٩٩٦) والتى هدفت إلى معـــرفة مدى فاعلية برنامج تدريبي لتنمية التفاعل الاجتماعي من خلال تنظيم فرص للتعامل مـــع الأقران من الأسوياء وكان البرنامج مطبق علي مجموعتين من (٨٥) طفل توحدي و (٨٤) طفل سوي في مرحلة الطفولة ومن خلال البرنامج تم :-

١- إعداد وتدريب الأطفال الأسوياء والفريق المدرسي علي كيفية التفاعل مع الأطفال التوحديين.

٢- تنظيم فرص للتفاعل بين الأطفال المصابين بالتوحد والأطفال الأسوياء من خلال جلسات اللعب الثنائي .

وظهر تحسن دال إحصائياً في السلوك الاجتماعي للأطفال التوحديين وتفاعلهم مع الأطفال الأسوياء في حين أن المجموعة التي لم تدخل في تفاعل مشترك لم تظهر تحسن ملحوظ .

وقـــد اتفقـــت دراسة سكريبمان Sckrebman (١٩٩٧) مع دراسترويرز في معرفة مـــدى فاعلية برنامج لتنمية وتحسين السلوك الاجتماعي مركزا علي اللغة واللعب من خلال استخدام مجموعة من الرفاق حيث تم استخدام اثنين من الأطفال التوحديين الأول في السابعة مـــن عمره والثاني في الثامنة واثنين من الأطفال العاديين في نفس السن وتدريبهم علي تنمية المهـــارات الاجتماعـــية وكانت مدة التدريب ثلاثة أشهر، و أظهرت النتائج من خلال القياس التتبعي ازدياد في اللغة واللعب كما وكيفا و أشارت النتائج إلي فاعلية الرفاق في البرنامج .

وقـــد قـــام يمازاك و زينجوريل Ymazak&Zinngorelli(١٩٩٧) بتنمية وتحسين الســـلوك الاجتماعـــي أيضا ولكن من خلال استخدام التليفون وذلك من خلال تدريب طفلين

توحديـــين في سن (٨) سنوات باستخدام التليفون باعتباره واحد من الوسائل الهامة للتواصل حيث يستخدم التليفون مرة مرسلا ومرة مستقبلا وكانت :

المهمة الأولي: هي أن يكلم أمه في المنزل ثم يستقبل منها مكالمة .

المهمة الثانية :- أن يستخدم التليفون في الشارع باستخدام الكارت للتدريب علي التصرف في الحالات الطارئة ومن خلال التليفون وأظهر البرنامج تحسن ملحوظ في مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية في الحياة اليومية .

واســتخدم ايدلســون Edelson (١٩٩٩) بــرنامج يتضــمن التدريب علي الأنشطة الموســيقية ويهــدف إلـــي خفض حدة وتكرار بعض السلوكيات غير المقبولة واستمر تقديم البــرنامج لمدة (٢٠) جلسة بواقع نصف ساعة لكل جلسة أظهرت النتائج حدوث نقص دال إحصائيا في السلوكيات غير السوية خاصة السلوك العدواني .

وفـــي هــذا الســياق قدم سشين Schein (١٩٩٩) دراسة بعنوان تعليم الكلام للطفل التوحدي من خلال ست نقاط أساسية تتضمن :-

- تدريب الطفل علي جذب الانتباه.
- دمج الأصوات لتكوين أسماء.
- تعليم الطفل الأفعال والأرقام والألوان .
- تعليم الطفل التقليد .
- تقديم القصص الوصفية عن أشياء موجودة في البيئة .

وتضمن البرنامج بعض الأنشطة الحركية والقفز والأنشطة الفنية وقد أشارت النتائج إلي فاعلية هذا البرنامج لتعليم الأطفال التوحديين اللغة وأهمية استخدام التعزيز في نجاح البرنامج من خلال القياس التتبعي .

ويتضـــح من استعراض الدراسات السابقة والتي تناولت فاعلية البرامج التدريبية التي أعدت للأطفال التوحديين، أن هناك اتفاق فيما بينها علي أن أهم الاضطرابات التي يعانى منها الطفل التوحدى هي الاضطرابات الاجتماعية، والنمو اللغوي، والسلوك العدواني، والتواصل وجميع هذه الدراسات أوصت باستخدام برامج تدريبية سلوكية بها وسائل متنوعة من التعزيز لعلاج مثل هذه الاضطرابات (لي و كنتزير Lee&Knitzer،١٩٩٤؛ رويرز Roeyers ، ١٩٩٦؛ أيدلسون Edelson، ١٩٩٩)، كما أكدت بعض الدراسات علي أهمية إشراك الوالدين والاخــوة فـــي البــرامج العلاجــية لأطفالهم التوحديين لما لها من نجاح كبير في الحد من الســلوكيات الخطيرة التي تصدر من هؤلاء الأطفال حيث أكدت دراسة كوجيل و شريبمام و أنيل Kogel, Schreibman&Oneill(١٩٨٣) علي أهمية إشراك الاخوة في البرامج التي

تعالج السلوكيات الاجتماعية والحديث ، كما كشفت دراسة هولين و ريتر Howlin&Rutter (١٩٨٧) عـن تحسنات ذات دلالة إحصائية في مهارات التواصل عند تدريب الأمهات علي معالجـة الأطفـال التوحديـين وأكدت أغلبية الدراسات علي استخدام أساليب واستراتيجيات متـنوعة لـنجاح أي برامج تدريبية ومنها استخدام التقنيات الحديثة مثل الكمبيوتر ، التليفون كوسـيلة هامة للتواصل ، استخدام الرفاق والأصدقاء سواء من الأطفال التوحديين أنفسهم أو مـن الأطفال الأسوياء ، استخدام الأنشطة الموسيقية والفنية والألعاب الرياضية وأوصت هذه الدراسات علي التنوع في استخدام هذه الاستراتيجيات لضمان نجاح البرامج العلاجية المقدمة لهؤلاء الأطفال . (إيدلسون Edelson،١٩٩٩ و مشين Schein،١٩٩٩)

ثانياً : دراسات اهتمت باستخدام برامج تدريبية سلوكية لعلاج مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين :.

وتأتي في مقدمة هذه الدراسات دراسة قام بها ايفالوفاس Lovass (١٩٨٧) حيث قدم برنامج علاجي سلوكي مكثف لعلاج الأطفال التوحديين وطبق البرنامج علي عينة من الأطفال مكونة من (١٩) طفلاً مصابين بالتوحد في سن ٣ سنوات وأكبر ، وكان البرنامج لمدة عامين بواقع ٤٠ جلسة أسبوعيا وأشارت النتائج إلي تحسن دال إحصائيا في سلوك الأطفال الذين تلقوا البرنامج السلوكي المكثف ظهر لديهم تحسن في درجات الذكاء والناحية التعليمية ، و ٢% من الأطفال الذين تلقوا جلسات تدريبية أقل كان لديهم مستوى أقل من القدرة العقلية . وأوصت الدراسة باستخدام التعزيز، والتدعيم، والتدخل الأسرى لنمو الاتصال، واللغة، والنمو الاجتماعي .

بينما قام ديوراند و شورت Durand & Short(١٩٨٧) بدراسة تهدف إلي معرفة أهمية استخدام التعزيز في علاج الأطفال التوحديين حيث طبق البرنامج علي مجموعة من الأطفال في مرحلة الطفولة في سن ٩ سنوات واستخدم البرنامج وسائل تعليمية خاصة وأساليب تعزيز مختلفة وتوصلت الدراسة إلي أهمية استخدام وسائل متعددة لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي كما أكدت علي أهمية التعزيز والتجاهل في البرنامج .

وبينت دراسة هولين Howelin (١٩٨٩) مجموعة من الأساليب التي يمكن اتباعها من أجل تعديل سلوك التواصل غير اللفظي وتم تطبيق البرنامج علي الأطفال التوحدين في مرحلة البلوغ ، واستخدم أسلوب تدريس المهارات البديلة مثل لعب الأدوار الاجتماعية وأكدت نتائج الدراسة علي أن استخدام هذه التدخلات يساعد التوحديين علي زيادة

الكفاءة في القدرة اللغوية وغير اللغوية وأمكن تدريب الأفراد ذوى الإعاقات الشديدة علي المصافحة باليد وقول كلمة أهلاً .

وتـتفق دراسـة ديوراند Durand(١٩٩٠) مع دراسة هولن في استخدام تعديل السـلوك فـي علاج الأطفال التوحديين في التواصل مع المحيطين بهم وطبق البرنامج على الأطفال التوحدين في فترة البلوغ ، واستخدم الإشارات والصور البسيطة التي تعبر عن طلب المسـاعدة وأوضـحت الدراسة أن مثل هذه الوسائل لها آثار سريعة وفعالة في تعديل سلوك التوحديين في التواصل .

وقدمت دراسة ماك و كرونتز و ميكلونهان Mac,Krontz&Meclonnohan (١٩٩٣) بـرنامج لتنمـية مهـارات التواصـل لدى الأطفال التوحديين في مرحلة البلوغ واسـتخدم مجموعة من الوسائل الفعالة مثل الصور الفوتوغرافية، والإشارات،والإيماءات، وأشارت الدراسة إلي أن تقديم المعلومات في صورة مرئية تكون أكثر فاعلية من تقديم نفس المعلومات من خلال وسائل لفظية فقط .

وإذا كانت دراسة ماك وآخرون استخدمت الصور الفوتوغرافية في علاج التواصل فإن ونر Winner (١٩٩٣) قام بتناول أهمية نسق التواصل التعبيري الفعال في مساعدة الأطفال التوحديين علي التعبير عن أفكارهم وتم استخدام التواصل البصري وما يتضمنه من إشارات وإيماءات وحملقة وكانت الاستراتيجيات المستخدمة تركز علي ما يظهره هؤلاء الأطفال من مستوي بسيط من التواصل البصري وأكدت النتائج فعالية البرنامج المستخدم في هذا الإطار .

وتماشياً مع هذه الدراسات تأتي دراسة كيرك Qurk(١٩٩٥) ،والتي استخدمت مجموعة من الوسائل التي تساعد علي تنمية مهارات التواصل غير اللفظي عند التوحديين للتفاعل مع الآخرين فتم الاستعانة ببعض الوسائل المساعدة مثل الصور الزيتية والفوتوغرافية وشرائط صوتية ومرئية في تدريب هؤلاء الأطفال في التعبير عن مجموعة من الانفعالات والمشاعر للتفاعل والتواصل مع الآخرين المحيطين بهم ،وأثبتت هذه الوسائل فاعلية كبيرة فى تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين .

وتتوافق دراسة وليفر Oliver (١٩٩٥) مع دراسة كيرك في اختيار بعض الجوانب التي تحسن السلوك التواصلي لدى التوحديين مثل استخدم حركات جسمية أو إشارات أو اللمس وأوضحت الدراسة أن استخدام هذه الأساليب منفردة أو مجتمعة سوف

تعمل علي زيادة التواصل الملائم بين الأطفال التوحديين وفي نفس الوقت تعمل علي نقص مرات ظهور السلوكيات الضارة

واستخدم بوندى و فروست Bondy & Frost(١٩٩٥) برنامج تغيير الصورة لعلاج الأطفال التوحديين وتنمية مهارات التواصل غير اللفظي بينهم وطبق البرنامج علي ٦٦ طفل توحدي في سن ما قبل المدرسة و يمكن استخدامه مع البالغين والمراهقين ، وتم استخدام مداخل تعليمية مناسبة لتحسين القدرة علي التحدث والانتباه ،وإستخدم البرنامج الصور بالتدريج حتى ينتبه الطفل أولا ثم يتم التفاعل معه ، واستخدم الاتصال بالعين للتمييز بين الأشياء وقد تحقق ذلك في مدة تزيد عن عام واحد . وقد اكتسب ٤٤ طفل الحديث الجيد و ١٤ اكتسبوا الحديث الموسع باستخدام الصور والباقي أخذ وقت أطول للتعلم ، وأكد البرنامج علي استخدام التعزيز بصورة مستمرة .

وقدم عبد المنان ملا معمور (١٩٩٧) دراسة بعنوان فاعلية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين وهدفت الدراسة إلي تخفيف حدة أعراض التوحد المتمثلة في القلق، والسلوك العدواني، والنشاط الحركي ، ومهارات التواصل و إقامة علاقات اجتماعية جيدة، وعينة الدراسة تكونت من (٣٠) من الأطفال السعوديين التوحديين وأعمارهم ما بين(٧-١٤) سنة، وأوضحت نتائج الدراسة أن هناك فروق دالة إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطات درجات الأطفال التوحديين قبل وبعد تطبيق البرنامج وكان لصالح التطبيق البعدي، و ارتفعت درجات الاجتماعية والتواصلية لدى الأطفال التوحديين ، وأثبت البرنامج فاعلية أثناء القياس التتبعي .

قدم إسماعيل محمد بدر (١٩٩٧) دراسة بعنوان مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوي التوحد وهو نوع من البرامج المقدم في اليابان وأمريكا وكندا وثبتت فاعليته تماماً مع الأطفال التوحديين، وقد تكونت العينة من أربعة (٤) أطفال ذكور تتراوح أعمارهم بين ٥ سنوات إلي ٧ سنوات . وأداة الدراسة كانت قائمة من المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين تضم مجموعة من الإضطرابات الأساسية لدى الطفل التوحدى تعبر عن اضطراب التوحد ، والبرنامج قائم على خمسة مبادئ أساسية وهي :

- التعليم الموجه للمجموعة .
- تعليم الأنشطة الروتينية .
- التعليم من خلال التقليد .
- تقليل مستويات النشاط غير الهادف بالتدريب الصارم .
- منهج يركز علي الموسيقى والرسم والألعاب الرياضية .

واتضح من نتائج الدراسة مدى فاعلية برنامج العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال خاصة في المهارات التواصلية والاجتماعية مما جعلهم قادرين علي الاعتماد علي أنفسهم .

وفي دراسة قام بها بيفينجتون Buffington (١٩٩٨) استخدم فيها الإيماءات والإشارات المناسبة لتنمية مهارات التواصل غير اللفظية لدى التوحديين علي عينة من (٦) ستة أطفال توحديين وتم استخدام تصميمات متعددة من الإشارات غير اللفظية وكانت تتميز الإشارات بأنها تصف السلوك المباشرة، وتم تعليم الأطفال بعض الإشارات والحركات الجسدية اللازمة لعملية التواصل غير اللفظي مع استخدام التعزيز بشكل مستمر وقد ثبت نجاح البرنامج في تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين .

وقد استخدم أوزونوف Ozonoff (١٩٩٨) برنامج " TEACCH "وهو أكثر البرامج استخداماً في العديد من الدول ويهدف إلى علاج الكلام واللغة باستخدام أساليب التعزيز وأساليب تحليل المهام ، وقد طبق البرنامج على مجموعتين أحدهما تجريبية والثانية ضابطة وتتكون كلا منهما من ١١ طفل توحدي أعمارهم تتراوح ما بين ٤-٦ سنوات واستمر البرنامج لمدة ٦ أشهر ، وأظهرت النتائج تحسن في المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة حيث كان التقدم في المجموعة العلاجية أكثر من المجموعة التي لم تتلق البرنامج وأظهر ذلك تحسن في المهارات التواصلية اللفظية وغير اللفظية والمهارات الاجتماعية وغياب السلوكيات الضارة عن الطفل التوحدي .

وقدم دانلاب و فوكس Danlap & Fox (١٩٩٩) طرق تدريسية للأطفال التوحديين عن طريق استخدام الأنشطة المرئية، واللغة الإشارية، والحركات الجسدية، وأجهزة تعرض صور مرئية و أكدت الدراسة علي أن أهم الاضطرابات التي يعاني منها التوحديين هي اضطرابات مهارات التواصل لما لها من تأثير علي الاضطرابات الأخرى، وأوصت الدراسة باستخدام جميع هذه الأدوات لتنمية التواصل كما انه يجب تدعيم السلوك وتنميته عن طريق التعزيز ومعاقبة السلوك السيئ .

بينما قام عادل عبد الله محمد (٢٠٠١)بتطبيق برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل علي بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين وطبق علي ٢٠ طفلاً توحدى تتراوح أعمارهم بين (٦-١٥) سنة ونسب ذكاؤهم من ٥٧ إلى ٦٨ درجة، وقسم العينة إلي مجموعتين تجريبية وضابطة وحاول علاج مهارات التواصل و أكد عليها في الجلسات من الثانية والعشرين حتى السابعة والعشرين واستخدم مجموعة من الحركات الجسيمة والإيماءات وقدم التعزيز . وقد ساهم البرنامج كثيراً في تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين

وهو ما أوضحته نتائج القياس البعدي، ووجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين في المظاهر السلوكية لحساب المجموعة التجريبية .

وقدمت سهير محمود أمين (٢٠٠٢) برنامج تدريبي للأطفال المصابين بأعراض التوحد وتتألف عينة الدراسة من (١٠) أطفال توحديين تراوح أعمارهم بين (٨ – ٢٢) سنة درجات ذكائهم بين (٧٠:٥٠) درجة علي مقياس ستانفورد بانيه واستخدم البرنامج طرق تعديل السلوك واستخدام المعززات الإيجابية بأنواعها المادي، والاجتماعي ،والتعزيز السلبي من تجاهل، وعقاب، وهدف البرنامج إلي تخفيف حدة الأعراض السلوكية التي يعاني منها الطفل التوحدى ومنها المهارات التواصلية والاجتماعية واحتوى البرنامج علي ١٦ جلسة وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية للبرنامج التدريبي وتنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي للأطفال التوحديين .

وهكــذا يتضح من خلال استعراض الدراسات السابقة و التي تناولت البرامج المقدمة للأطفــال التوحديين لعلاج اضطراب مهارات التواصل أن هناك اتفاق فيما بينها على كفاءة المدرســة الســلوكية في تعديل سلوك الطفل التوحدى ومن هذه الدراسات دراسة الفا لوفاس Lovass ، ١٩٨٧؛ عــبد المنان ملا محمود ، ١٩٩٧ ؛ سهير محمود أمين ، ٢٠٠٠، وهذا أيضا ما أكدت عليه و استخدمته الدراسة الحالية و تتفق مع الدراسات السابقة مثل دراسة ايفا لــوفاس Lovaas، ١٩٨٧ ، في تقديم برنامج سلوكي ولمدة ٥٢ جلسة لمحاولة تعديل سلوك الأطفــال التوحديــين و تحسين مهارات التواصل لديهم . كما أن أغلبية الدراسات كان بينها اتفاق على أهمية استخدام التعزيز كأسلوب مثالي لنجاح أي برنامج بل واستمرار نجاحه على مدى أطول ، مثل دراسة ديراند وشورت Durand&Short(١٩٨٧) والذي أكد على أهمية اســتخدام التعزيــز الإيجابي في علاج الأطفال التوحديين واستخدام التعزيز السلبي كالتجاهل كأســلوب للعقــاب ، بينما في دراسة بوندى و فروست Bondy& Frost (١٩٩٥) والذين أكدوا على استخدام التعزيز بصورة أساسية ومستمرة طوال فترة تقديم البرنامج و اتفق معهم بيفينجتون Buffengton (١٩٩٥) في أهمية استخدام التعزيز بشكل مستمر أثناء البرنامج ، و دراســة سهير محمود أمين (٢٠٠٢) والتي استخدمت المعززات الإيجابية بأنواعها المادي والاجتماعي والمعززات السلبية من تجاهل وعقاب ، و دراسة عادل عبد الله محمد (٢٠٠١) و الــذي أكــد على استخدام المعززات و قسمها إلى نوعين مدعمات أوليه وتتضمن وجبات خفــيفة وحلــويات و مشروبات و أنشطة والعاب ، ومدعمات بديلة مثل نجوم وجوه ضاحكة وقطع نقود .

و انطلقــت الباحثة من توصيات هذه الدراسات في استخدام أساليب التعزيز والتدعيم الإيجابي و السلبي بشكل أساسي أثناء الجلسات العلاجية لضمان نجاح البرنامج بل و استمرار نجاحــه حتــى بعــد الانــتهاء من الجلسات ، كما أن العديد من الدراسات استخدمت أساليب ووســائل مســاعدة لنجاح البرامج الخاصة بالأطفال التوحديين كما في (ديراند Durand ، ١٩٩٠ ؛ و مــاك و كرونتــز و ميلكونهان Mac,Krontz&Meclonnohan ،١٩٩٣ ؛ و كيرك Qurk، ١٩٩٥) حيث أثبتت هذه الدراسات أن استخدام هذه الوسائل منفردة أو مجتمعة يعمــل على زيادة التواصل الملائم بين الأطفال التوحديين مثل الإشارات و الصور البسيطة والصور الفوتوغرافية و شرائط مسموعة ومرئية كما أكدت الدراسات إلى أن تقديم المعلومات فــي صورة مرئية افضل من تقديمها في صورة لفظية ونجد أن الباحثة انطلقت من توصيات بعــض هــذه الدراســات تم استخدام و اختيار مجموعة من الوسائل و الأساليب و الأنشطة المســاعدة علــى نجاح البرنامج من إشارات، و صور ،و أساليب تعزيز، وأنشطة موسيقية وفنــية، و حــركات جسمية، وتم استخدامها في الدراسة الحالية لمساعدة الأطفال على فهم و اســتيعاب الجلسات العلاجية ،كما وضحت بعض الدراسات أنواع وأساليب التواصل غير اللفظي والتي شملت الإشارات، والإيماءات، و التعبيرات الوجهية، و التواصل بالعين ،

كمــا استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في معرفة كيفية أعداد وتصميم أدوات الدراســة، و البرنامج وجلساته، و المدة المناسبة له، و اختيار العينة التى سوف يطبق عليها الدراســة و مناسبتها من حيث المواصفات و العدد ومعرفة الاختبارات الإحصائية المناسبة و استخدام التصميمات التجريبية و التى تناسب الدراسة الحالية . و ذلك كما في دراسات (عبد المنان ملا معمور ، ١٩٩٧ ؛ إسماعيل محمد بدر ، ١٩٩٧ ؛ عادل عبد الله محمد ، ٢٠٠١ ؛ سهير محمود أمين ، ٢٠٠٢) .

ثالثاً : الفروض :

بعد استعراض الإطار النظري و كذلك الدراسات السابقة التى تناولت البرامج التدريبية للأطفــال التوحديين و علاقتها بمتغيرات الدراسة الحالية فانه يمكن صياغة الفروض الدراسة التالية كإجابات محتملة على الأسئلة التى اثيرت سابقا فى مشكلة الدراسة كما يلى :

الفــرض الأول :- تــوجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات المجموعة التجريبية فى مقــياس مهارات التواصل بعد تعرضهم لبرنامج تنمية مهارات التواصل ، و متوسط درجات المجموعة الضابطة الذين لم يتعرضوا للبرنامج ، لصالح المجموعة التجريبية .

الفــرض الثاني :- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتبعي و ذلك على مقياس مهارات التواصل .

الفصل الثالث

الطريقة و الإجراءات

مقدمة :

أولاً : عينة الدراسة .

ثانياً : الأدوات المستخدمة في الدراسة

ثالثاً : إعداد البرنامج المقترح

رابعاً : خطوات الدراسة

خامساً : الأسلوب الإحصائي المستخدم في الدراسة

مقدمـــــة :

تتــناول الباحثة في هذا الفصل وصفاً للعينة التي طبق عليها البرنامج ووصفاً للأدوات المســتخدمة فــي الدراسة وضبطها والتأكد من صلاحيتها وإجراءات بناء البرنامج المقترح والجلســات العلاجــية المستخدمة . كما يتناول الفصل إجراءات تنفيذ تجربة الدراسة لاختبار مــدى قبول فروض البحث التي صاغتها الباحثة ، ثم الأسلوب الإحصائي الذي تم استخدامه في تحليل النتائج .

وسيتم تناول أدوات وإجراءات البحث في هذا الفصل على النحو التالي :-

أولاً : عينة الدراسة

ثانياً : الأدوات المستخدمة في الدراسة

ثالثاً : إعداد البرنامج المقترح

رابعاً : خطوات الدراسة

خامساً : الأسلوب الإحصائي المستخدم في الدراسة

أولاً : عينـة الدراسة :

تــتألف عيــنة الدراســة الحالية من ستة أطفال (٦) توحديين من الذكور من الأطفال الملتحقــين بمدرسة التربية الفكرية بمحافظة الإسماعيلية و من تم تشخيصهم على إنهم أطفال توحديين و يتراوح عمرهم الزمني ما بين (٦ – ١٣) سنة ، و يتراوح نسبة ذكائهم ما بين (٤٠ – ٦٥) درجــة علــى مقياس ستانفورد بينية للذكاء . و تتألف العينة من مجموعتين متســاويتين في العدد إحداهما تجريبية و تم تطبيق البرنامج عليها و تتكون من (٣) أطفال توحديين ، و الأخرى ضابطة لم يتم تطبيق البرنامج عليها و تتكون من (٣) أطفال توحديين ، و قــد روعي تجانس أفراد العينة من حيث العمر الزمني، فقد قامت الباحثة بحساب الفرق بــين المجموعتــين الضــابطة و التجــريبية باستخدام اختبار ويلكوكسون لدلالة الفرق بين المجموعات، و الجدول (١) يوضح النتائج الخاصة بذلك،

جدول (١)

دلالة الفروق بين أطفال المجموعتين التجريبية و الضابطة في مستوى العمر الزمني

مستوى	ضابطة		تجريبية		Z
	متوسط	انحراف معياري	متوسط	انحراف معياري	
العمر الزمني	٩,٧	٢,٠٠	٧,٣٣	١,١٥٤٧٠	– ٠,٥٦

هذا المعامل غير دال إحصائياً

يتضح من الجدول (١) انه لا توجد فرق بين المجموعتين حيث بلغ معامل (Z) – ٠,٥٦، و هو معامل غير دال إحصائياً مما يعني تجانس المجموعتين في العمر الزمني .

كمـا روعـي التجانس بين أفراد العينة من حيث مستوى الذكاء ، حيث تراوحت نسب ذكاء أفراد العينة ما بين (٤٠ – ٦٥) درجه ، و الجدول رقم (٢) يوضح النتائج الخاصة بذلك؛

جدول (٢)

دلالة الفروق بين أطفال المجموعتين التجريبية و الضابطة في مستوى الذكاء

مستوى الذكاء	ضابطة		تجريبية		Z
	متوسط	انحراف معياري	متوسط	انحراف معياري	
	٤٥,٠٠	٤,٠٨٢٥	٦٠,٠٠	٤,٠٨٢٥	– ٠,٥٤

هذا المعامل غير دال إحصائياً

يتضـح مـن الجدول (٢) انه لا توجد فروق بين المجموعتين حيث بلغ معامل (Z) – ٠,٥٤ و هـو معامل غير دال إحصائياً مما يعني تجانس و تكافؤ المجموعتين في مستوى الذكاء .

كمـا روعي تجانس أفراد العينة من حيث المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة ، و الجدول رقم (٣) يوضح النتائج الخاصة بذلك ؛

جدول (٣)

دلالة الفروق بين أطفال المجموعتين التجريبية و الضابطة في المستوى الاجتماعي الاقتصادي

المستوى الاجتماعي	ضابطة		تجريبية		Z
	متوسط	انحراف معياري	متوسط	انحراف معياري	
الاقتصادي	١٠٠,٦٦٧	٣,٣٦٦٥٠	٩٩,٦٦٧	٢,٨٢٥٧	– ٠,٤٣

هذا المعامل غير دال إحصائياً

يتضح من الجدول (٣) انه لا توجد فروق بين المجموعتين حيث بلغ معامل (Z) – ٠,٤٣ و هـو معامـل غيـر دال إحصائياً مما يعني تجانس أفراد العينة من حيث المستوى الاجتماعي الاقتصادي .

و بذلك راعت الباحثة التكافؤ و التجانس بين أفراد العينة في العمر الزمني ، و مستوى الذكاء و المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة .

كمـا روعـي تجـانس أفـراد العيـنة من حيث مهارات التواصل غير اللفظي على المجموعتـين التجـريبية و الضابطة وذلك يتضح من نتائج التطبيق القبلي لمقياس مهارات التواصـل غيـر اللفظـي للأطفال التوحديين ، و الجدول رقم (٤) يوضح النتائج التي تم التوصل إليها في هذا الشأن .

الجدول (٤)

يوضح قيم (U,Z) للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في القياس القبلي على مقياس مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين .

الأبعاد	مجموعة ضابطة		مجموعة تجريبية		U	Z
	رتبة المتوسط	مجموع الرتب	رتبة المتوسط	مجموع الرتب		
البعد الأول (الإشارات)	٨,٨٠	٣٩,٠٠	٨,٠٠	٤٠,٠٠	١٢,٠٠	-٠,١٠٥*
البعد الثاني (الاتصال بالعين)	٧,٨٦	٣٨,٥	٧,٤٧	٤٠,٠٠	١٢,٠٠	-٠,١٢٤*
البعد الثالث (حركات جسمية)	٨,٢٠	٤٠,٥	٨,٠٠	٤٠,٠٠	١٠,٥٠٠	-٠,٧٩٨*
البعد الرابع (الإيماءات)	٧,٥٠	٣٨,٠٠	٧,٦٠	٣٨,٠٠	١١,٥٠٠	-٠,٣٢٨*
البعد الخامس (الحوار الوجهي)	٨,٠٠	٤٠,٠٠	٨,٠٠	٤٠,٠٠	١٢,٥٠	-٠,٦٧٤*
المجموع	٧,٩٦	٤٠,٠٠	٨,٠٠	٤٠,٠٠	١٣,٠٠	-٠,٦٥٥*

*هذه المعاملات غير دالة عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدول السابق عدم دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في القياس القبلي حيث بلغت قيم (Z) لأبعاد المقياس و الدرجة الكلية على التوالي – ٠,١٠٥ ، – ٠,١٢٤ ، – ٠,٧٩٨ ، – ٠,٣٢٨ ، – ٠,٦٧٤ ، – ٠,٦٥٥ و هـي قـيم غيـر دالـة إحصائياً عند مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٠٥) مما يعني تجانس المجموعتين في مقياس مهارات التواصل الغير لفظي للأطفال التوحديين .

ثانياً : أدوات الدراسة المستخدمة :

بمـــا أن الدراسة الحالية تهدف إلى تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين فقد قامت الباحثة باستخدام الأدوات التالية :-

- استمارة لجمع البيانات . " إعداد الباحثة " .
- استمارة لمعرفة أنواع المعززات المحببة للطفل . " إعداد الباحثة " .
- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء " لويس كامل مليكه ، ١٩٩٨ " .
- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي "كمال دسوقي- محمد بيومي خليل ، ١٩٨٤ " .
- مقياس مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين . " إعداد الباحثة " .
- برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي " إعداد الباحثة " .

وفيما يلي وصفاً لكل أداة من هذه الأدوات كل على حدة :-

استمارة لجمع البيانات :

قامت الباحثة بإعداد استمارة لجمع البيانات عن الطفل التوحدي من كشوف المدرسة ومن المعلمات ومن الأخصائيين النفسيين بالمدرسة وكان للبيانات أهمية كبيرة في معرفة مكان الأطفال وأرقام تليفوناتهم للوصول إليهم خلال فصل الصيف، ولعمل تجانس بين أفراد العينة .

استمارة لمعرفة أنواع المعززات المحببة لدى الطفل :

قامت الباحثة بإعداد استمارة لمعرفة المعززات المحببة للطفل من خلال معلمات الطفل وأولياء الأمور ، وقامت الباحثة باستخدامها في جلسات البرنامج لأنها تقوم على التعزيز وأيضاً عمل مجسمات أو نماذج أو صور من هذه المعززات لاستخدامها .

مقياس ستانفورد بينيه للذكاء (الصورة الرابعة) تعريب / لويس كامل مليكه (١٩٩٨)

يعد هذا المقياس من أكثر الاختبارات شهرة وأوسعها استخداماً ويحتوى على مجموعة كبيرة من المهام المعرفية التي تتبئ بالعامل العام للذكاء . ويتمثل نموذج تنظيم القدرات المعرفية في هذه الصورة من المقياس في ثلاثة مستويات هي :-

١. المستوى الأول : عامل الاستدلال العامل(في المستوى الأعلى)
٢. المستوى الثاني : ويتمثل في ثلاثة عوامل عريضة هي :-

أ- القدرات المتبلرة .

ب- القدرات السائلة التحليلية .

ج- الذاكرة قصيرة المدى .

٣. المستوى الثالث : ويتكون من ثلاثة مجالات أكثر تخصصاً هي :

الاستدلال اللفظي ، الاستدلال الكمي ، الاستدلال المجرد البصري ، الذاكرة قصيرة المدى .

ويندرج تحت هذه المجالات (١٥) اختباراً تخصصياً على النحو التالي :-

(١) الاستدلال اللفظي : ويتضمن اختبار المفردات ، والفهم ، والسخافات ، والعلاقات اللفظية .

(٢) الاستدلال الكمي : ويندرج تحته الاختبار الكمي، وسلاسل الأعداد، وبناء المعادلة .

(٣) الاستدلال المجرد البصري : ويندرج تحته اختبارات : تحليل النمط ، النسخ ، المصفوفات ، ثني أو قطع الورق .

(٤) الذاكرة قصيرة المدى : وتشمل اختبارات تذكر نمط من الخرز ، وتذكر الجمل ، وإعادة الأرقام ، وتذكر الأشياء .

ثبات المقياس :

قام لويس كامل مليكه بالتحقق من ثبات المقياس حيث استخدم طريقة التجزئة النصفية و توصل إلى ثبات مرتفع نسبياً حيث تراوحت معاملات الثبات ما بين (٠,٨٢ – ٠,٩٧)

و قـد قامــت بتطبــيقه الأخصائية النفسية في مدرسة التربية الفكرية بالإسماعيلية على الأطفـــال التوحديــين و نظراً لوجود صعوبة في استخدام اللغة لديهم تم استخدام الجزء الذي يعــتمد على الأشياء العملية كالمكعبات و الخرز و قطع الورق و ذلك لصعوبة تعرفهم على الأجزاء اللفظية و التي تعتمد على اللغة .

استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي " إعداد كمال دسوقي – محمد بيومي محمد خليل ، ١٩٨٤)

وتــم استخدام هذا المقياس بغرض عمل تجانس بين أفراد العينة وتم اختيارهم جميعاً من المستوى المتوسط وتقيس هذه الاستمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة وتضم هذه الاستمارة خمسة أبعاد هي :

- الوسط الاجتماعي :

يقصد به المكان الذي يعيش فيه الفرد ، ويتفاعل معه ويشمل (قرية – مدينة–عاصمة)

- المستوى التعليمي للوالدين :

وهـو المســتوى التعليمي الذي يصل إليه الوالدين على السلم التعليمي وينقسم إلى ثمانية مستويات وتتدرج من درجة إلى ثماني درجات .

- المستوى المهني للوالدين :

يقصــد به مكان المهنة في المجتمع المصري وما تدره المهنة من دخل وعائد وينقسم هذا المستوى إلى قسمين رئيسين هما " المكانة الاجتماعية للمهنة ، والمكانة المادية للمهنة "

- مستوى المعيشة :

مــن حــيث حالــة السكن ومستواه وحالة الأثاث ومستواها وممتلكات الأسرة من وسائل الركوب – الأجهزة الكهربائية ، ومستوى الخدمات الطبية والتعليمية لأفراد الأسرة ، الوسائل الترفيهية .

- العلاقات الأسرية :

أي الجو الأسري والترابط العائلي المسيطر على الأسرة

(آمال محمود ، ١٩٩٩)

ثبات وصدق المقياس :

قام مصممو الاستمارة بحساب الثبات بطريقة إعادة تطبيقه ، وكان معامل ثباته (٠,٩١) أمــا معامــل الصدق الذاتي فكان (٠,٩٥) كما وجد أن هذا الاستبيان يرتبط ارتباطاً عالياً بمقياس ودليل تقدير الوضع الاقتصادي الاجتماعي للأسرة المصرية، لعبد السلام عبد الغفار وإبــراهيم خشــفوش ، حيث بلغ معامل الصدق (٠,٨٧) على عينة قوامها (٣٠٠) طالب وطالــبة مــن جامعــة الزقازيق ومن الجدير بالذكر أنه تم اختيار تلك الاستمارة نظراً لأنها اســتخدمت في معظم الدراسات الحديثة مثل دراسة إيمان محمد خضر (١٩٩٨) ، ودراسة سهير محمد سلامة (١٩٩٨) ، ودراسة آمال محمود (١٩٩٩) وقد قاموا بالتحقق من صدق ثباتها .

مقياس مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين

(إعداد الباحثة الحالية)

واتبعت الباحثة الخطوات الآتية عند إعداد المقياس :

❖ قامت الباحثة بالإطلاع على الإطار النظري المتعلق بموضوع إعاقة التوحد لدى الأطفال ، والدراسات السابقة المتاحة في مجال المظاهر السلوكية لهذه الفئة ، و يهدف المقياس إلى التعرف على سلوكيات الأطفال التوحديين في مهارات التواصل غير اللفظي و يتم استخدامه في التقييم القبلي و البعدي و التتبعي للبرنامج ومن هذه الدراسات :

دراسة عمر بن الخطاب خليل(١٩٩٤) ، وتم الإطلاع على دليل التصنيف التشخيصي و الإحصـــائي للأمـــراض و الاضطرابات النفسية في الطبعة الرابعة DSM-IV (١٩٩٤) ، قائمـــة السلوك المتوحد Autistic Behavior Checklist إعداد كيرج Kurg (١٩٩٣)، والدليل الدولي العاشر للأمراض ICD-10 (١٩٩٣) الصادر عن منظمة الصحة العالمية

- ومن خلال الدراسات السابقة والإطار النظري للسلوك التواصلي أمكن للباحثة صياغة مفردات المقياس وقد صيغت العبارات بحيث تنطوي على سلوكيات وممارسات مرتبطة بالطفل التوحدي وسلوكه في مهارة التواصل غير اللفظي ، وصمم المقياس في صورته الأولية بحيث صنفت العبارات على أساس خمسة أبعاد وهى لغة الإشارة ، الاتصال بالعين ، الحركات الجسدية ، الإيماءات ، التعبير الوجهي .

- وتم إعداد مجموعة من التعليمات تبين كيفية الإجابة على مفردات المقياس ، وقد راعت الباحثة عند صياغة عبارات المقياس عدة نقاط :

  - لغة العبارات واضحة وسهلة الفهم وبسيطة .
  - تغطى أبعاد المقياس الخمسة .
  - أن تكون العبارات قصيرة قدر الإمكان .
  - أن تكون مرتبطة بالبعد الذي يحتويها .

- وجاءت عبارات المقياس على مقياس خماسي متدرج (دائماً – غالباً – أحياناً – نادراً – مطلقاً)

- تم تصحيح المقياس بأن يعطى أربع درجات للبديل الأول " دائماً " ، وثلاث درجات للبديل الثاني " غالباً " ، ودرجتان للبديل الثالث " أحياناً " ، ودرجة واحدة للبديل الرابع " نادراً " ، وصفر للبديل الخامس " مطلقاً " .

- و تم عرض المقياس بصورته الأولية وكانت (١٢٠ مفردة) على السادة المحكمين من جامعات مصرية متنوعة (جامعة قناة السويس – جامعة الزقازيق – جامعة عين شمس – كليات الطب – مراكز الصحة النفسية) ، وكانت درجاتهم العلمية كالتالي (أساتذة – أساتذة مساعدين – مدرسين) في تخصصات مختلفة في مجال علم النفس التربوي – الصحة النفسية – التربية الخاصة – الأطباء النفسيين ، وكان عددهم عشرة من المحكمين .

- بعد تصميم المقياس وإعداده كان لابد من التأكد من صلاحية الصورة المبدئية له وذلك عن طريق استطلاع آرائهم حول النقاط التالية :

- صياغة العبارات ومدى ملائمة العبارة للهدف الذي وضع من أجله المقياس .
- مدى توزيع عبارات المقياس على أبعاده الخمسة .
- مدى ارتباط العبارات بالموضوع
- حذف أي عبارة يرون حذفها .
- وضع مقترحات أخرى بشأن المقياس وطريقة تصحيحه .

❖ **صدق المقياس :**

استخدمت الباحثة عدة طرق للتحقق من الصدق ومن ذلك :-

أولاً : صدق المحكمين (الصدق الظاهري)

قامـت الباحـثة بعرض المقياس على عشرة من المحكمين المتخصصين في علم النفس بكلـيات التربية المحلية بهدف معرفة مدى الاتفاق بينهم بخصوص مقياس مهارات التواصل غيـر اللفظـي والأبعاد المقترحة لقياسها وكذلك صلاحية العبارات المقترحة لقياس كل هذه الأبعاد، وجدول رقم (٥) يوضح النتائج التي تم التوصل إليها في هذا الشأن

ومـن خلال البيانات الموجودة في جدول (٥) يتضح عدد المحكمين الموافقين على كل عـبارة وكذلك نسب الاتفاق بينهم على العبارة من حيث كونها تقيس البعد الذي تنتمي إليه ، وقـد أبقت الباحثة على العبارات التي بلغت نسبة الاتفاق بين المحكمين عليها ٧٠% فأكثر ، وقـد بلـغ عدد العبارات التي تم استبعادها (٣٦) عبارة وبذلك أصبح العدد النهائي لعبارات المقياس(٨٤) عبارة موزعة على خمسة أبعاد كالتالي :

البعد الأول : لغة الإشارة وتتضمن العبارات من ١:١٨

البعد الثاني : الاتصال بالعين ويتضمن العبارات من١٩:٣٧

البعد الثالث : الحركات الجسدية وتتضمن العبارات من ٣٨:٥٧

البعد الرابع : الإيماءات وتتضمن العبارات من٥٨:٧١

البعد الخامس : الحوار الوجهي و يتضمن العبارات من ٧٢:٨٤

جدول رقم (٥)

الاتفاق بين المحكمين و النسب المئوية للاتفاق على صلاحية كل عبارة لقياس مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين ولكل بعد من الأبعاد

لغة الإشارات			الاتصال بالعين			حركات الجسد			الإيماءات			التعبير الوجهي		
رقم المفردة	عدد المتفقين	%	رقم المفردة	عدد المتفقين	%	رقم المفردة	عدد المتفقين	%	رقم المفردة	عدد المتفقين	%	رقم المفردة	عدد المتفقين	%
١	٥	٥٠	١	٦	٦٠	١	٧	٧٠	١	٥	٥٠	١	٧	٧٠
٢	٧	٧٠	٢	٧	٧٠	٢	٨	٨٠	٢	٧	٧٠	٢	٧	٧٠
٣	٧	٧٠	٣	٨	٨٠	٣	٩	٩٠	٣	٧	٧٠	٣	٧	٧٠
٤	٨	٨٠	٤	٨	٨٠	٤	٦	٦٠	٤	٧	٧٠	٤	٦	٦٠
٥	٨	٨٠	٥	٨	٨٠	٥	٤	٤٠	٥	٨	٨٠	٥	٥	٥٠
٦	٥	٥٠	٦	٥	٥٠	٦	٧	٧٠	٦	٣	٣٠	٦	٥	٥٠
٧	٦	٦٠	٧	٩	٩٠	٧	٧	٧٠	٧	٤	٤٠	٧	٣	٣٠
٨	٧	٧٠	٨	١٠	١٠٠	٨	٧	٧٠	٨	٢	٢٠	٨	٧	٧٠
٩	٧	٧٠	٩	٨	٨٠	٩	٨	٨٠	٩	١٠	١٠	٩	٦	٦٠
١٠	٧	٧٠	١٠	٨	٨٠	١٠	٩	٩٠	١٠	٩	٠	١٠	٧	٧٠
١١	٧	٧٠	١١	٧	٧٠	١١	٩	٩٠	١١	٩	٩٠	١١	٨	٨٠
١٢	٨	٨٠	١٢	٣	٣٠	١٢	٩	٩٠	١٢	٩	٩٠	١٢	٦	٦٠
١٣	٩	٩٠	١٣	٩	٩٠	١٣	١٠	١٠٠	١٣	٧	٩٠	١٣	٩	٩٠
١٤	١٠	١٠٠	١٤	٨	٨٠	١٤	٧	٧٠	١٤	٧	٧٠	١٤	٩	٩٠
١٥	٩	٩٠	١٥	٨	٨٠	١٥	٧	٧٠	١٥	٦	٧٠	١٥	٧	٧٠
١٦	٩	٩٠	١٦	١٠	١٠٠	١٦	٥	٥٠	١٦	٦	٦٠	١٦	٧	٧٠
١٧	٧	٧٠	١٧	٩	٩٠	١٧	٨	٨٠	١٧	٧	٦٠	١٧	٧	٧٠
١٨	٨	٨٠	١٨	٨	٨٠	١٨	٩	٩٠	١٨	٧	٧٠	١٨	٥	٥٠
١٩	٦	٦٠	١٩	٨	٨٠	١٩	٩	٩٠	١٩	٧	٧٠	١٩	٢	٢٠
٢٠	٧	٧٠	٢٠	٤	٤٠	٢٠	٧	٧٠	٢٠	٣	٧٠	٢٠	٧	٧٠
٢١	٨	٨٠	٢١	٧	٧٠	٢١	٦	٦٠	٢١	٣	٣٠	٢١	٩	٩٠
٢٢	٩	٩٠	٢٢	٧	٧٠	٢٢	٣	٣٠	٢٢	٧	٣٠	٢٢	٣	٣٠
			٢٣	٨	٨٠	٢٣	٧	٧٠	٢٣	٢	٧٠	٢٣	٦	٦٠
						٢٤	٨	٨٠	٢٤	٤	٢٠	٢٤	٥	٥٠
						٢٥	٩	٩٠	٢٥	٦	٤٠			
									٢٦	٥	٦٠			
											٥٠			

ثانياً : الصدق البنائي " الاتساق الداخلي "

قامت الباحثة باستخدام الصدق البنائي للتحقق من صدق المقياس حيث طُبق على عينة قوامها (٦) أطفال توحديين وتم حساب معاملات ارتباط المفردات بالبعد الذي تنتمي إليه ، وتم حساب معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية

جدول رقم (٦)

يوضح معاملات الارتباط بين كل مفردة والبعد الذي تنتمي إليه

الأبعاد	م	معامل الارتباط	الأبعاد	م	معامل الارتباط	الأبعاد	م	معامل الارتباط	الأبعاد	م	معامل الارتباط	الأبعاد	م	معامل الارتباط
الإشارات	١	٠,٧٩	الاتصال	١	٠,٨٩	الحركات	١	٠,٨٩	الإيماءات	١	٠,٨٤	التعبيرات	١	٠,٨٠
	٢	٠,٧٨	بالعين	٢	٠,٩٧	الجسدية	٢	٠,٨٩		٢	٠,٧٥	الوجهيه	٢	٠,٧٢
	٣	٠,٧٩		٣	٠,٨٤		٣	٠,٧٦		٣	٠,٨٤		٣	٠,٧٩
	٤	٠,٧٣		٤	٠,٧٥		٤	٠,٨٩		٤	٠,٩٠		٤	٠,٧٣
	٥	٠,٧١		٥	٠,٧٣		٥	٠,٧٧		٥	٠,٩٢		٥	٠,٧٠
	٦	٠,٧٨		٦	٠,٨٥		٦	٠,٧٠		٦	٠,٧٤		٦	٠,٨٥
	٧	٠,٧٣		٧	٠,٧٧		٧	٠,٨٥		٧	٠,٧٠		٧	٠,٧٦
	٨	٠,٧٣		٨	٠,٨٥		٨	٠,٨٠		٨	٠,٨٤		٨	٠,٨٧
	٩	٠,٨٣		٩	٠,٧٠		٩	٠,٨٥		٩	٠,٨٦		٩	٠,٧٦
	١٠	٠,٨١		١٠	٠,٧٧		١٠	٠,٨٩		١٠	٠,٨٣		١٠	٠,٨٩
	١١	٠,٦٨		١١	٠,٧٠		١١	٠,٧٢		١١	٠,٨٢		١١	٠,٧٨
	١٢	٠,٨٨		١٢	٠,٧٧		١٢	٠,٧٧		١٢	٠,٨٧		١٢	٠,٩٣
	١٣	٠,٨٥		١٣	٠,٧١		١٣	٠,٧٧		١٣	٠,٧٤		١٣	٠,٩٣
	١٤	٠,٧٥		١٤	٠,٨٤		١٤	٠,٧٤		١٤	٠,٧٤			
	١٥	٠,٧٩		١٥	٠,٧٦		١٥	٠,٩٣						
	١٦	٠,٨٨		١٦	٠,٨٧		١٦	٠,٧١						
	١٧	٠,٧٥		١٧	٠,٧٧		١٧	٠,٨٧						
	١٨	٠,٨٩		١٨	٠,٨٠		١٨	٠,٧٢						
				١٩	٠,٨٣		١٩	٠,٧٤						
							٢٠	٠,٨٥						

جميع هذه المعاملات دالة عند مستوى (٠,٠٥)

ويوضح جدولي رقم(٦) (٧) نتائج معاملات الارتباط ، ويتضح من جدول (٦) أن جميع معاملات الارتباط بين العبارات والبعد الذي تنتمي إليه دالة إحصائياً ما عدا بعض العبارات وقد تم استبعادها ، وبذلك أصبح المقياس في صورته النهائية يحتوي على (٨٤) عبارة .

جدول رقم (٧)

يوضح معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية

الأبعاد	معاملات الارتباط
الإشارات	٠,٧٦ *
الاتصال بالعين	٠,٨٦ *
الحركات الجسدية	٠,٩٢**
الإيماءات	٠,٨٤*
التعبيرات الوجهيه	٠,٩٣**

*دالة عند مستوى ٠,٠٥

** دالة عند مستوى ٠,٠١

ويتضح من الجدول رقم (٧) أن جميع معاملات الارتباط " الاتساق الداخلي " تراوحت مـا بين ٠,٧٦ ، ٠,٩٣ وكلها معاملات ارتباط دالة مما يسمح للباحثة باستخدام المقياس في الدراسة .

❖ ثبات المقياس :

تم حساب معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية وذلك لإيجاد معامل الارتباط بـين الدرجات الفردية والزوجية ويوضح جدول رقم (٨) النتائج التي تم التوصل إليها في هذا الشأن .

جدول رقم (٨)

يوضح معاملات الثبات لمقياس مهارات التواصل غير اللفظي بطريقة التجزئة النصفية

الأبعاد	معاملات الثبات
الإشارات	٠,٧٣
الاتصال بالعين	٠,٨١
الحركات الجسدية	٠,٧٧
الإيماءات	٠,٧٥
التعبيرات الوجهيه	٠,٧٦

ويتضـــح مـــن جدول رقم (٨) أن معاملات ثبات أبعاد المقياس والتي اشتملت على " الإشـــارات ، الاتصـــال بالعين ، حركات جسمية ، الإيماءات ، التعبيرات الوجهيه " وبلغت " ٠,٧٣ ، ٠,٨١ ، ٠,٧٧ ، ٠,٧٥ ، ٠,٧٦ " علـــى الترتيب وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات .

وكـــذلك تـــم حساب الثبات للمقياس ككل بطريقة التجزئة النصفية وجاءت قيمة الثبات للمقياس ككل ٠,٨٦ ومعنى هذا أن الدرجة الكلية للمقياس تتمتع بدرجة ثبات مرتفعة .

❖ الصورة النهائية للمقياس :

بعـــد حســـاب الصدق بأنواعه المختلفة والثبات لمقياس مهارات التواصل غير اللفظي للأطفـــال التوحديـــين وأصبح في صورته النهائية يحتوي على (٨٤) عبارة موزعة على الأبعاد الخمسة الآتية :-

١- البعد الأول :- (الإشارات)

وهو خاص بقياس الإشارات سواء كانت بسيطة أو معقدة وهي التي يستخدمها الإنسان مع غيره ، والإشارات توضح ما يحتاجه الفرد وتساعده في توضيح ما يقوله .

٢- البعد الثاني :- (الحركات الجسدية)

وهـــي جميع الحركات والأفعال الجسمية التي يقوم بها الإنسان لينقل إلى غيره ما يريد من معاني أو مشاعر .

٣- البعد الثالث :- (الحوار الوجهي ، أو التعبير الوجهي)

تعبيـــر الوجه يدل على استجابة انفعالية، وللوجه تعبيرات مختلفة حسب الظروف التي يمـــر بهـــا الإنســـان و تعتبـــر تعبيرات الوجه عالمية بمعنى أنها لا تختلف باختلاف المكان والزمان .

٤- البعد الرابع :- (الاتصال بالعين)

وهـــي النظر إلى الشخص الذي يحادثنا أو يحاورنا ، وتعتبر عملية التقاء العيون أمراً أساســـياً للتواصـــل والـــتفاهم بـــين الناس وتعتبر أول إشارة تفتح الطريق إلى الاتصال مع الآخرين.

٥- البعد الخامس :- (الإيماءات)

يقصـــد بهـــا نـــوع من أنواع الأداء وهي أنواع متعددة منها إيماءات تلقائية وتعبيرية وإشارية وانفعالية .

❖ طريقة التطبيق :

تم تطبيق المقياس على عينة قوامها ستة (٦) أطفال توحديين بمدرسة التربية الفكرية بالإسماعيلية وتم اتباع التعليمات وإجراءات المقياس وشروط التطبيق الجيد للمقاييس النفسية ، وقـد قامـت معلمة الفصل بإجراء تطبيق المقياس على الطفل التوحدي ، وقد استغرق زمن التطبيق أسبوع .

ثالثاً : برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين :

نظراً لما يتسم به الأطفال التوحديين من قصور في النمو اللغوي و طريقة التعبير عن أنفســهم ، لهذا قامت الباحثة ببناء برنامج لتنمية مهارات التواصل لديهم لمحاولة التخفيف من حــدة هــذا الاضــطراب الذي يعاني منه الطفل التوحدي و يمنعه من التوصل و التفاعل مع الآخرين . و هذا البرنامج جمع ما بين أساليب علاجية مختلفة من؛ العلاج السلوكي و العلاج باللعب و بالموسيقى و تنوع في الأساليب المستخدمة حتى يكون البرنامج شاملاً و ذا تأثير في تعديل السلوكيات غير المناسبة .

– و قد تم الإطلاع على عدد من الدراسات و البرامج التربوية العلاجية التي تحوي العديد من الأنشطة و التي تعمل على تعديل السلوك التواصلي لدى هؤلاء الأطفال مثل :–

❖ دراسة ودارن ولانسدون Woodarn &Lansdown (١٩٨٨) :

حيث أوضحت الدراسة أنه لوضع برنامج جيد للأطفال التوحديين يجب استخدام أنشطة ومــواد مناسبة لمستوى النمو الخاص للطفل وأن تكون شيقة وممتعة له وأن تقدم المهام التي سوف يقوم بها علي هيئة خطوات صغيرة حتى يقوم بها الطفل بنجاح وتقدم (ص ص١–٣)

❖ **وتناولت دراسة أيمي كلين وفولكمر Klin & Volkmar (١٩٩٥) :**

مجمــوعة مــن الاعتــبارات الهامــة التي استخدامها يؤكد نجاح البرنامج الخاص بالتوحديين وهي :–

- استخدام سلوكيات غير لفظية مناسبة مثل الإشارات والإيماءات للتفاعل الاجتماعي .
- تقديم المعلومات المرئية في نفس وقت تقديم المعلومات السمعية لمحاولة تدعيم ودمج المثيرات والحوافز لتسهيل خلق وإبداع محتوى أو سياق تفاعل لجتماعي مناسب (ص ص ١–٣)

❖ ووضحت دراسة مورينو Moreno (١٩٩٩) :

أن هناك بعض الاعتبارات الهامة لنجاح البرنامج وهي جذب انتباه الطفل إلى الشخص المعالج عن طريق تواجه الوجوه Face to Face والتقارب الجسمي ووضع يدا المعالج حول الطفـل . كما أكدت الدراسة علي أن اللعب من الأشياء الهامة لنجاح مشكلات التواصل عند الأطفال (ص ص ٢٦-٢٩)

❖ وأكدت دراسة بيانكو Bianco (٢٠٠٠) :

لنجاح أي برنامج لابد من مشاركة الوالدين في البرامج الخاصة بالأطفال التوحديين وهذا لـه تأثير فعال جداً كما أكدت الدراسة علي أنه من الضروري تقديم المعلومات للطفل بطرق مختلفة تشمل طرق سمعية ،و جسدية ،و لفظية كما يجب استخدام تعزيزات ومدعمات مناسبة للطفل حتى نستطيع تعديل سلوكياته (ص ٤)

❖ وفي دراسة دونيلي وليفى Donnelly & Levey (٢٠٠١)

أوضـحت أن هناك ثلاثة عناصر هامة جداً عند بناء البرامج الخاص بالأطفال التوحديين وهي تشمل :-

البيئة المحيطة بالطفل ويجب مراعاة الآتي :

- فحص الضوء " وهذا شئ هام جداً لأنه من الممكن أن يسبب ارتفاع في مستوى التوتر لدى الطفل خاصاً الضوء الفلوري (Florescent) الذي يساهم في زيادة التوتر لدي الطفل التوحدي مقارنة بالضوء المتوهج الدافئ الذي يميل إلي الحمرة .
- فحص المكان الذي يتم فيه التدريس مثل ارتفاع الكرسي والمنضدة التي يعمل عليها الطفل .
- فحص الأدوات والخامات المستخدمة في الأنشطة والأعمال ووضعها في مكان مناسب للطفل .
- فحص درجة حرارة الغرفة ودرجة حرارة الطفل أي ملابسه مناسبة أم لا

تحليل المهام : Tasks Analysis

وهذا العنصر عبارة عن تحديد الخطوات والمهارات الواجب توافرها وتضمينها في البرنامج وتساعد علي عملية التخطيط مثل :-

- تحديد أداء الطالب ومعرفة قدراته الحقيقية التي يجب الدخول من خلالها .
- تقسيم الخطوات الكبيرة إلي خطوات صغيرة جداً حتى يستطيع الطفل أن يقوم بها .

السلوك :

- من أولي الخطوات لبناء السلوك هو التحكم ويكون تحكم جسدي أولاً ثم يكون تحكم لفظي .
- عمل تعزيز فوري للسلوك الجيد ورد فعل فوري للسلوك السيئ (ص ص ٨٥-٩٠)

و لقد راعت الباحثة مجموعة من الاعتبارات أثناء وضع البرنامج و هي :

- التنوع في تقديم أنشطة للبرنامج.
- تحديـد قـدرات ومهارات الأطفال التوحديين لإعطائهم خبرات تناسب الاختلاف بين كل طفل وآخر .
- استخدام المعززات بكثرة وتنوع المكافآت المستخدمة .
- اتـباع طـريقة الخطـوات المتسلسـلة بطريقة مبسطة خطوة خطوة حتى الوصول إلى المهارات المطلوبة .
- استخدام عملية التدعيم الإيجابي سواء باستخدام تدعيمات مادية أو تدعيمات اجتماعية .
- استخدام عملية التدعيم السلبي من تجاهل و عقاب بسيط .
- استخدام وسائل تعليمية متنوعة لإبعاد الطفل عن الملل .

و قد تم بناء البرنامج و التخطيط العام له وفقاً لعدد من المراحل الموضحة كالتالي :

١. تحديد العينة التي وضع البرنامج من أجلها :

تتألف عينة الدراسة من (ستة) أطفال توحديين من مدرسة التربية الفكرية بمحافظة الإسماعيلية وتتراوح أعمارهم من ٦-١٣ سنة ، وتتراوح نسبة ذكائهم

(٤٠-٦٥) علـى مقـياس ستانفورد بينيه للذكاء، وقد تم تقسيم هذه العينة بالتساوي إلى مجموعتـين روعـي فيهما التماثل في درجات الذكاء والعمر الزمني والمستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة وهما :

١- مجموعة تجريبية تلقت البرنامج التدريبي لتنمية مهارات التواصل .

٢- مجموعة ضابطة لم يتعرض أفرادها للبرنامج .

٢. أهداف البرنامج :

١- أهداف طويلة المدى :

حـيث يهدف البرنامج الحالي إلى تحسين مهارات التواصل غير اللفظية لدى الطفل التوحدى مما يؤدي إلى تحسين التوافق بين الطفل والأسرة

٢- أهداف قصيرة المدى :

- مساعدة الطفل على فهم التعبيرات الوجهيه للأشخاص الذين يتفاعل معهم

- استخدام الطفل للإشارات للتعبير عن احتياجاته
- تدريب الطفل على استخدام الصور في التواصل مع الآخرين
- تدريب الطفل على التفاعل مع أكثر من شخص في وقت واحد
- استخدام الطفل للتواصل البصري للتفاعل مع الآخرين

٣. أهمية البرنامج :

أثبتت الدراسات والبحوث أهمية البرامج التي تقدم للأطفال التوحديين والتي تهدف إلي تحسين مهارات التواصل بينهم وبين المتعاملين معهم كما أكدت نتائج العديد من الدراسات علي أن تدريب الأطفال التوحديين علي الطرق غير اللفظية في التواصل من خلال البرامج التدريبية والتي تعتمد علي المداخل السلوكية تؤدى إلي تسهيل عملية التواصل بين الطفل وأفراد أسرته أو من يتعامل معهم (كامبيل Compbell ,١٩٩٨، ص ٣)

وعلي ذلك يمكن تحديد أهمية البرنامج الحالي في النقاط التالية :-

- ◆ قد يساهم البرنامج السلوكي التدريبي الحالي في تخفيف أعراض التوحد المرتبطة بمهارات التواصل غير اللفظي .
- ◆ يمكن أن يسفر عن نتائج تُستَثمر في الاستفادة من الجهود المبذولة لمساعدة الأطفال التوحديين علي التوافق مع البيئة المحيطة بهم .
- ◆ محاولة زيادة عدد البرامج والبحوث والدراسات في إعاقة التوحد في البيئة العربية عامة والبيئة المصرية خاصة .

٤. الاستراتيجيات التربوية المقترح اتباعها في التطبيق العملي للبرنامج :

لقد استخدمت الباحثة مجموعة من الاستراتيجيات التربوية المتنوعة و ذلك لاعتبار أن شخصية الطفل التوحدي شديدة التعقيد و الوصول إلى تعديل مناسب لسلوكياته ليس بالأمر السهل و بالتالي تم استخدام استراتيجيات متنوعة و متعددة للوصول إلى الهدف المنشود من البرنامج .

العلاج السلوكي :

يقوم البرنامج على أساس استخدام الأسلوب السلوكي في التعامل مع هؤلاء الأطفال عن طريق استخدام طرق تعديل السلوك و التي تقوم على فكرة مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة .

و يرى معظم الخبراء في مجال علاج الطفل التوحدي أن البرامج التي تعتمد على نظريات العلاج السلوكي تعد من أفضل الطرق العلاجية . كما أوضحت الكثير من الدراسات

الحديثة السابق ذكرها ، أن هذه البرامج لها تأثير إيجابي على المهارات الاجتماعية و اللفظية للأطفال التوحديين .

و لقد أكد سكنر واضع نظرية الاشتراط الإجرائي على أن الإنسان يتعلم كثيراً عن طريق ما يسمى بالتعلم الإجرائي حيث يرى أن تقوية جوانب معينة من السلوك تتوقف على ما يتبع هذا السلوك من نتائج إيجابية أو سلبية لذا كان من أهم المبادئ الرئيسية لهذه النظرية و التي ارتبطت بالعلاج السلوكي للأطفال هو التعزيز الإيجابي و التعزيز السلبي (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٩٣ ، ص ٥٤)

و استخدمت الباحثة التدعيم الإيجابي بكثرة و اعتمدت عليه لاعتباره من أكثر الأساليب استخداماً في تعديل السلوك و يؤدي إلى نتائج جيدة . و قد تم استخدامه مباشرة بعد السلوك المرغوب فيه من الطفل التوحدي ليربط الطفل بين السلوك و المعزز

- **و بالنسبة لأنواع المدعمات الإيجابية التي استخدمت في الدراسة هي :**

أ- **تدعيمات مادية :** بالنسبة للطفل التوحدى تعتبر الحلوى من أكثر المكافآت المحببة إليه مثل (مأكولات – شكولاته – مشروبات)

ب- **تدعيمات اجتماعية :**مثل إظهار الانتباه والاهتمام به وإظهار مشاعر الود والحب واستخدام الألفاظ التي تدل علي الاستحسان

- **و لقد راعت الباحثة بعض النقاط في المكافآت التي تقدم للطفل التوحدي :**

١. أن تكون المكافأة مناسبة لمستوى رغبات الطفل
٢. أن تكون مناسبة لمستوى تحسن الطفل
٣. استخدام المكافآت المادية بكثرة في أول البرنامج مع تأجيل المكافآت الاجتماعية في المراحل المتقدمة من البرنامج
٤. محاولة دمج المكافآت المادية مع الاجتماعية
٥. نوع المكافآت

- **التدعيم السلبي :**

و يقصد به إيقاع الجزاء على الطفل لأن سلوكه مرفوض . و العقاب مفيد في تعديل السلوك و يتبع السلوك الخاطئ مباشرة ، و أن يتناسب مع مستوى الخطأ الذي ارتكبه الطفل و لا يستعمل إلا عند الضرورة القصوى ، و من أمثلته (زجر الطفل ، الحرمان من المكافآت ، التجاهل) (سهير محمود أمين ، ٢٠٠٢ ، ص ١١٧)

أسلوب تحليل المهام :

يستخدم هذا الأسلوب مع الطفل التوحدي لإكسابه بعض المهارات التواصلية ، و يستخدم بهدف تسهيل عملية التدريب و الحصول على خبرات ناجحة ، و هذا الأسلوب يساعد على الملاحظة و قياس الجزء الذي لا يتقنه الطفل في المهارة ، و ذلك عن طريق :

- **تحديد الهدف :**

العمل علي اختيار السلوك المرغوب تكوينه بشكل محدد وواضح ، مثل الرغبة في تعلم التقاء العيون ، وتعلم التقاط الصور المناسبة لعمل تواصل مع الآخرين .

- **سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل :**

لكي يعمل المعالج السلوكي علي جذب انتباه الطفل أولاً فإن عليه استخدام تعليمات سهلة يفهمها الطفل وذلك في اللحظة المناسبة مع عدم توجيه الحديث إليه في حالة عدم انتباهه . ويتم توجيه التعليمات بشكل سهل ولا يحتمل ازدواج في المعني كما يجب ألا يكون مطولاً بحيث لا يؤدى إلي صعوبة المتابعة .

- حث الطفل علي الاستجابة عن طريق الملائمة بين المطلوب تأديته وبين خبرات الطفل الحاضرة إذ قد لا يستجيب الطفل أحياناً لأن الإجابة ليست حاضرة
- مراعاة أن تتم عملية تشكيل السلوك عن طريق تقسيم الهدف إلي وحدات صغيرة متتالية مع استمرار إثابة ومكافأة الخطوات الصغيرة جميعها إلي أن يتم تحقيق الهدف (رمضان القذافي ، ١٩٩٣ ، ص ص ١٦٦ ، ١٦٧)

النمذجة :

نظراً لظروف الطفل المصاب بأعراض التوحد و التي تتسم بالانعزال و عدم الرغبة في التواصل مع الآخرين وقد تم الاستعانة بعمليات النمذجة ، حيث يتم تدريب الطفل على المهارات المختلفة من خلال مشاهدة الباحثة كنموذج ثم محاكاة هذا النموذج من قبل الطفل مع إعطاء التدعيمات اللازمة للنجاح في تأدية المهارات المختلفة

العلاج باللعب :

العلاج باللعب فنية من فنيات العلاج النفسي يقوم على أساس استخدام اللعب بشكل مقنن حيث يقدم للطفل مجموعة من الألعاب و يشجع على أن يعبر عن مشاعره بما في ذلك مشاعر الحزن و الألم و الكراهية و ذلك على أساس نظرية مؤداها أن اللعب يسمح للطفل بالتعبير الحر عن انفعالاته و يسقطها على لعبه بدون خوف من عقاب (جابر عبد الحميد جابر ، علاء الدين كفافي ، ١٩٩٢ ، ص ٢٠٤٧)

كما أشار ايديلسون Edelson (١٩٩٩) إلى أهمية استخدام اللعب في علاج الأطفال التوحديين وأكد أن وجود مهارات لعب ضعفيه لا تعيق استخدام اللعب كبيئة للتعلم في مجموعات خاصة ، فالطفل التوحدي يستطيع أن يجد طرق للتواصل و التفاعل مع الآخرين عن طريق اللعب (ص ٧٢٢)

كما أكدت سوزان كامبيل Susan Campbell (١٩٩٨) على أهمية دور اللعب في تعليم الطفل التوحدي و تعليمه المهارات المختلفة على أن يقدم في مستويات مختلفة بما يتناسب مع حالة الطفل . كما أشارت الدراسة على أن العلاج باللعب أدى إلى تحسن واضح في المهارات الاجتماعية و التواصلية لهؤلاء الأطفال (ص ٤)

العلاج بالموسيقى :

يرى كلا من عبد العزيز السيد الشخص و عبد الغفار الدماطي (١٩٩٢) أن العلاج بالموسيقى يستخدم لتحقيق أهداف علاجية و إن استخدامها يحدث تغيرات مرغوبة في سلوك الفرد (ص ٣٠٣)

و إن استخدام الموسيقى كوسيلة علاجية للتعامل مع أنماط متنوعة من الأطفال المعاقين توفر تنوع من الخبرات من فرص للاتصال غير اللفظي ، و التعبير الانفعالي ، و الارتخاء و الاستمتاع و هذه الخبرات تؤدي إلى تحسن المهارات التواصلية و الاجتماعية (جابر عبد الحميد جابر ، علاء الدين كفافي ، ١٩٩٢ ، ص ٢٣٠٥)

كما أظهرت دراسة ايديلسون Edelson (١٩٩٩) أن العلاج بالفن و الموسيقى أثبت فعاليته للأطفال التوحديين في تنمية مهاراتهم و أظهر الأطفال تحسناً في العلاقات الاجتماعية مع المحيطين سواء في الأسرة أو المدرسة (ص ٤)

و بذلك نجد أن البرنامج قام على استخدام مجموعة من الفنيات و الإستراتيجيات المتعددة و المتنوعة لتلائم السمات الشخصية للطفل التوحدي ، و ذلك لأن :-

- أن كل طفل توحدي له سمات شخصية مميزة تختلف مع السمات الشخصية لغيره من الأطفال، لذلك كل طفل توحدي له مسار خاص به وحده في عملية التدريب والتأهيل.
- أنه من الضروري لإنجاح أي برنامج تدريبي للأطفال التوحدين أن تتضافر عوامل عديدة من الألفة والتواصل وبناء الثقة بين الطفل والمدرب الخاص به وأن يسود جلسات التأهيل جو من الحب المتبادل والاحترام والشعور بالأمان بالنسبة للطفل .

- يراعى في تدريب الطفل التوحدي أن تكون فترات التدريب قصيرة جداً فتتراوح ما بين ١٠ – ١٥ دقيقة تزداد تدريجياً حتى تصل إلي ٣٠ دقيقة علي الأكثر ، لعجز الطفل عن التركيز والانتباه لفترات طويلة
- من عوامل نجاح تدريب الأطفال استخدام وسائل مثيرة للحواس لتنمية قدراته مثل أدوات ذات أشكال وألوان مختلفة أو أجهزة تصدر أصواتاً متدرجة وغير ذلك من الوسائل السمعية والبصرية المعتمدة علي إثارة الحواس مثل البصرية ، السمعية ، اللمس .

و بذلك نجد أنه عندما يكون الإستراتيجية مرنه و شاملة تكون عامل نجاح للبرنامج في تحقيق أهدافه .

٥. محتوى البرنامج

تم اختيار محتوى البرنامج الحالي من خلال الاعتبارات المختلفة و المتمثلة في :

- مراجعة دراسات سابقة تناولت مهارات التواصل عن اللفظي لدى الأطفال التوحديين، ودراسات تناولت البرامج المقدمة لهؤلاء الأطفال .
- دراسة خصائص الأطفال التوحديين لمعرفة الاحتياجات الحقيقية لهم .
- ملاحظات الباحثة المباشرة لمجموعة الأطفال التوحديين .

قسمت الباحثة المدة الزمنية للبرنامج أو هي عبارة عن ((٢٦) أسبوع بواقع ٥٢ جلسة و عبارة عن جلستين كل أسبوع لمدة ستة أشهر) حيث كانت الجلسات مقسمه إلى أهداف إجرائية تخدم الهدف العام للبرنامج .

قسم البرنامج الحالي إلى ثلاث مراحل ضمت الأتي :

- ◆ **المرحلة الأولى :** الجلسات من الأسبوع الأول و حتى الأسبوع الرابع و هذه الجلسات كانت لها أهمية كبيرة في حدوث بعض الإدراكات و الانطباعات و التي تتكون لدى الطفل في البداية و يكون لها تأثير كبير في العلاج ، و تم تخصيص الجلسات الأولى للتعارف و إشاعة روح الألفة و المودة بين الباحثة و هؤلاء الأطفال ، و تهيئتهم للبرنامج ، و تطبيق أدوات الدراسة المختلفة ، و معرفة المعززات المحببة لدى الأطفال لاستخدامها لإثابة السلوك الجيد أثناء أداء المهارات المختلفة من الطفل ، و هذه الجلسات بذل فيها مجهود كبير لكي يشعر الأطفال بالدفء و التقبل حتى تستطيع الباحثة جذب ثقة هؤلاء الأطفال .
- ◆ **المرحلة الثانية :** كان الهدف منها القيام بالتدريب الفعلي على البرنامج و ضمت ٤٠ جلسة من الأسبوع الخامس و حتى الأسبوع الرابع و العشرين

- جلسات الأسبوع الخامس و حتى الثامن (٨ جلسات) : .

تم تخصيص تلك الجلسات لتدريب الأطفال على التواصل البصري و النظر لوجه أو عيون الآخرين .

تم تدريب الأطفال على التواصل البصري من خلال مشاهدة الباحثة كنموذج ثم محاكاة هذا النموذج ، و لعب الأدوار و تبادلها أثناء إعادة الحوار و ذلك على اعتبار أن تدريب الطفل التوحدي على التقاء العيون من الأمور الضرورية لتحقيق التوافق الاجتماعي و أساس في التواصل التفاهم مع من يتعامل معهم .

كما تم استخدام المعززات التي يحبها الأطفال من مأكولات و مشروبات و كانت توضع في بيد الباحثة و إذا نظر إليها الطفل تعطى له كمكافأة على هذه الاستجابة .

و لقد تم مراعاة النقاط التالية لضمان نجاح تلك الجلسات :

- روعي في استخدام المعززات أن تكون من الأشياء التي يحبها الطفل بشدة حتى ينظر إليها و ينظر إلى الباحثة كي تعطي هذه الأشياء كمكافأة له
- استخدام فنية النمذجة و لعب الدور و التدريب المتكرر لتثبيت المهارة عند الطفل
- استخدام أساليب التعزيز المناسبة من تعزيز اجتماعي (مديح و ثناء على الطفل) ، تعزيز مادي (قطع حلويات أو ما شابه ذلك)
- محاولة تحقيق النجاح في هذه الجلسات لأنه يؤدي إلى تحقيق نجاح في الجلسات المقبلة لأهمية التواصل البصري و استخدامه في الجلسات التالية
- يراعى في تدريب الطفل التوحدي أن تكون فترات التدريب قصيرة جداً تتراوح ما بين ١٠ – ١٥ دقيقه تزداد تدريجياً مع باقي الجلسات لعجز الطفل عن التركيز و الانتباه لفترات طويلة

- **جلسات الأسبوع التاسع حتى الثاني عشر (٨ جلسات) :**

تم تخصيص تلك الجلسات لتدريب الطفل التوحدي على :

- استخدام الإشارات لتلبية احتياجاته .
- الإشارة إلى الصور أو النماذج المجسمة .
- الإشارة إلى ملابسه .
- التدريب على المصافحة باليد و التلويح بها .

و في هذه الجلسات يتم عمل نماذج مجسمة و صور ملونة لأنواع المعززات التي يحبها الطفل و وضعها على لوحة وبرية ، و إن استطاع الطفل أن يشير إليها على اللوحة يتم إعطائها له بشكل حقيقي .

و تــدريب الطفــل على استخدام يديه للإشارة إلى الأشياء و إلى ملابسه و إلى أجزاء من جسمه .

كما تم تدريبه على استخدام يديه للمصافحة و التلويح باليد لعمل إشارة تدل على السلام أو الوداع .

و قد راعت الباحثة في هذه الجلسات بعض النقاط :-

- وضع المهمة في صورة خطوات بسيطة .
- توفير الوقت الكافي لتنفيذ المهمة .
- حرمان الطفل من التعزيزات المختلفة عند عدم أدائه للمهام المطلوبة منه .
- مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال .
- اســتخدام فنــية أســلوب لعب الدور و التمثيليات و الأداء المتكرر و تحليل السلوك مع استخدام أساليب تعزيز متنوعة من اجتماعية و مادية مختلفة .
- تراوحت زمن كل جلسة من ١٥ : ٢٠ دقيقة مع إعطاء فترات راحة بين أوقات الجلسة .

- **جلسات من الأسبوع الثالث عشر و حتى السادس عشر (٨ جلسات)**

و تم تخصيص تلك الجلسات لتدريب الأطفال على التعبيرات الوجهيه

و قامــت الباحــثة بعمــل نماذج و صور تدل على التعبيرات الوجهيه المختلفة و تتضمن صــورة لوجه سعيد و حزين و غاضب و جائع و استخدمت الباحثة فنية العلاج باللعب و أداء الأدوار و الــتدريب المتكرر لتثبيت المهارة عند الطفل التوحدي ، و استخدام تحليل المهام إلى خطــوات بسيطة ، و استخدام الباحثة كنموذج و محاولة تقليد الطفل لهذا النموذج ، و استخدام المعــززات من مادية و اجتماعية بكثرة ، و استخدام العقاب البسيط من تجاهل و عدم إعطاء الطفل لأي من هذه المكافآت عند عدم تأديته للمهام المطلوبة منه .

و استطاع الطفل أن يتفهم و يقوم ببعض التعبيرات الوجهيه مثل تعبيرات الخوف و الغضب بعكس باقي التعبيرات التي لم يتفهمها بسهولة .

- **جلسات الأسبوع السابع عشر و حتى العشرين (٨ جلسات)**

و تم تخصيص تلك الجلسات لتدريب الطفل على استخدام الإيماءات المختلفة

و تــدريب الطفل على تنمية بعض الإشارات الاجتماعية مثل الإيماءة بالرأس للدلالة على الموافقة أو الرفض (نعم) أو (لا)

و تدريب الطفل على استخدام الضحك أو الابتسامة في المواقف المختلفة .

و راعت الباحثة في هذه الجلسات :

- وضع المهام في صورة خطوات بسيطة .
- توفير وقت كافي لتنفيذ المهمة .
- استخدام أساليب التعزيز المختلفة .
- استخدام فنيات النمذجة و التكرار و المحاكاة و التدعيم الإيجابي و السلبي .
- استخدام المسرحيات و التمثيليات ليفهم الطفل معنى الضحك و الابتسامة .
- تراوحت زمن كل جلسة ما بين ١٥ : ٢٥ دقيقة مع إعطاء فترات راحة بين أوقات الجلسة.

و لكــن في هذه الجلسات وجد أن الطفل لا يتفهم معنى الإيماءات أو يستجيب لها و خلال هذه الجلسات لم يستطع الأطفال أن يعبروا عن الابتسامة أو العبوس و لم يستطيعوا التعبير عن الموافقة أو الرفض من خلال هز رأسهم كإيماءة بسيطة للتعبير عن ذلك .

- **جلســات مــن الأسبوع الحادي و العشرون و حتى الأسبوع الرابع و العشرون (٨ جلسات)**

تم تخصيص تلك الجلسات لتدريب الأطفال على القيام بالحركات الجسمية .

يتم تدريب الأطفال على القيام ببعض الحركات الجسمية و محاولة أن يتعلم الطفل استخدام لغة الحركة أو الأفعال لينقل الطفل إلى غيره ما يريده من احتياجات .

كما يتم تدريبه على ملامسة الأشياء بدون خوف و يتقبل ملامسة الآخرين له .

و راعت الباحثة في هذه الجلسات :

- استخدام فنية تعديل السلوك من تدعيمات إيجابية (اجتماعية و مادية) و تدعيمات سلبية .
- استخدام وضع المهمة في صورة خطوات بسيطة .
- استخدام الموسيقى و الأناشيد .
- استخدام لغة الحركة و الأفعال و اللعب و النشاط الحركي .
- تراوحت زمن الجلسة من ٢٠ : ٣٠ دقيقة مع إعطاء وقت كافي للراحة .
- استخدام فنيات النمذجة و لعب الدور و الألعاب الرياضية .

و لكــن لــوحظ في هذه الجلسات أن الطفل لم يستطع تقبل ملامسة الآخرين له وكان لديه صــعوبة فــي فهــم الحركات الجسمية التي يقوم بها الآخرين بالرغم من أنهم كانوا يتمايلون بأجسادهم على أصوات الموسيقى ، و كانوا يستطيعون أن يفرقوا بين من يودهم و يتقرب منهم بحــب و من يتقرب منهم لكي يقوم بإيذائهم . و لكن حتى مع تقديم جلسات لهم لمحاولة زيادة التواصل عن طريق الحركات الجسمية لم يتحقق نجاح معهم في هذا البعد .

- المـرحلة الثالـثة و ضمت جلسات من الأسبوع الخامس و العشرين و حتى السادس و العشرون (٤ جلسات)

خصصت هذه الجلسات لإعادة تدريب الأطفال التوحديين على المهارات المختلفة بالتواصل غير اللفظي .

- و خـلال هـذه الجلسـات تم التدريب على التكرار على الأهداف الإجرائية الموجودة في الجلسات السابقة ، و استخدام وسائل تعليمية متنوعة من شرائط و صور ملونة و مجسمات و ألعـاب مخـتلفة و أدوات رسـم و تلوين ، و استخدام تعزيزات مختلفة لاعتبار التعزيز عنصـر أساس في بناء البرنامج حيث لا يخلوا أي دور يقوم به الطفل صحيحاً من التعزيز ليزيد من دافعيته على الاستمرار ليجيد العمل .
- كمـا تم استخدام أسلوب تحليل المهام و تقديم المهارة من الأسهل إلى الأصعب حتى يتمكن الطفل من النجاح .
- و استخدام الفنيات المختلفة من نمذجة ، لعب الدور و العلاج بالموسيقى و اللعب .
- و اسـتخدام مثل هذا التدريب المتكرر يحافظ على ما تعلمة الطفل و استخدامه لمدة طويلة حتى بعد انتهاء البرنامج .

٦. صدق البرنامج :

للـتحقق مـن صدق البرنامج استخدمت الباحثة صدق المحكمين ، فبعد إعداد البرنامج في صـورته النهائـية تم عرضه على (١٠) من أساتذة التربية الخاصة ، و الأطباء النفسيين و أسـاتذة الصـحة النفسـية ، و علـم النفس التربوي لإبداء رأيهم في البرنامج ، و قد تم بحث التعديلات التي أشار لها السادة المحكمين و التي تمثلت في :

أ- توضيح المهارات الخاصة بالبرنامج

ب- توضيح الفنيات المستخدمة لتحقيق الأهداف الإجرائية

ج- توضيح المعززات الخاصة بكل جلسة

د- توضيح وقت و زمن كل جلسة

٧. تقويم البرنامج

تمثل عملية التقييم Evaluation من وجهة النظر التربوية والنفسية إصدار حكم علي مدى تحقيق الأهداف المنشودة علي النحو الذي تحدد به هذه الأهداف . ويتضمن ذلك كما يرى طلعت منصور (١٩٨٩) دراسة تلك الآثار التي تحدثها بعض العوامل والظروف في تيسير الوصول إلـى تلك الأهداف وتحقيقها أو في تعطيل الوصول إليها ، وبالتالي عدم تحقيقها أو تحقيقها بقدر

لا يتناسـب مـع مـا بـذل في سبيل الوصول إليها ، أو تحقيقها بمقدار لا يرقى إلي المستوى المطلوب (عادل عبد الله ، ٢٠٠٢ ،ص٢٥٣)

ويـذلك يجب أن يكون الشيء الذي نريد تقييمه محدداً وواضحاً وقابلاً للقياس حتى نصدر حكماً حقيقياً حول مدى التغير الذي يكون قد حدث نتيجة لما تم استخدامه من البرنامج تدريبي ، كمـا نجد أن التقييم عملية مستمرة لمعرفة مقدار ما حققه البرنامج التدريبي من أهداف والهدف من عملية التقييم هو معرفة المردود التعليمي وكمه . و على ذلك تم تقويم البرنامج التدريبي عن طريق :

- **تقـويم مرحلـي** : حيث يتم التقويم في بداية كل جلسة لما سبق و قدم في الجلسة السابقة للتأكد من قدرة الطفل على تذكر ما قدم له ، تقويم في نهاية كل جلسة للتأكد من استيعاب و تفهم لما قدم في الجلسة الحالية

- **تقويم نهائي** : بعد الانتهاء من تقديم الجلسات يتم تطبيق مقياس مهارات التواصل لمعرفة مدى تقدم الطفل في البرنامج .

٨. تطبيق البرنـامج

تم تطبيق البرنامج على الأطفال التوحديين في مدرسة التربية الفكرية بالإسماعيلية ،و قد تم التطبـيق اعتـباراً مـن ٢٠٠٣/١/١ حتى ٢٠٠٣/٦/٣٠ و كانت يومين في الأسبوع السبت و الـثلاثاء مـن كل أسبوع و استغرق زمن تنفيذ البرنامج بالإضافة إلى التطبيق القبلي و البعدي لمقياس مهارات التواصل غير اللفظي مدة ستة أشهر .

٩. المتابعة

بعـد مـرور شـهرين مـن تطبـيق جلسـات البـرنامج أي في شهر أغسطس بتاريخ ١ / ٨ / ٢٠٠٣ تـم تطبـيق مقـياس مهـارات التواصل غير اللفظي على أطفال المجموعة التجريبية و أستغرق التطبيق أسبوع و ذلك للتأكد من فاعلية البرنامج المستخدم .

رابعاً : خطوات الدراسة :

تتلخص خطوات الدراسة في الإجراءات التالية :

- تـم تطبيق مقياس ستانفورد بينية للذكاء للويس كامل مليكه (١٩٩٨) على أفراد العينة التي تم تحديدها ، و ذلك لعمل تجانس بين المجموعتين الضابطة و التجريبية .

- تـم تطبيق مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة لمحمد بيومي خليل (١٩٨٤) على أفراد العينة لتحقق تجانس بين المجموعتين الضابطة و التجريبية .

- تـــم تطبيق مقياس مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين من (إعداد الباحثة) على المجموعتين قبل تطبيق البرنامج لتحديد مستوى المهارات التواصلية لديهم و التحقق من تجانس العينة في المهارات التواصلية غير اللفظية .
- تطبيق البرنامج و جلساته على المجموعة التجريبية فقط .
- تطبيق مقياس مهارات التواصل غير اللفظي على المجموعتين الضابطة و التجريبية بعد تطبيق البرنامج
- تم رصد الدرجات و القيام بالعمليات الإحصائية المناسبة
- بعـــد شهرين من تطبيق جلسات البرنامج تم تطبيق مقياس مهارات التواصل غير اللفظي على المجموعة التجريبية مرة أخرى

خامساً : الأسلوب الإحصائي المستخدم في الدراسة :

يعـــتمد الأســـلوب الإحصـــائي المســـتخدم في البحث على طبيعة الدراسة والمتغيرات المســـتخدمة موضـــع الاهـــتمام فيها ، حجم العينة ، و توزيع الدرجات ، ولذلك فقد استخدمت الباحثة في هذه الدراسة الأساليب الإحصائية الآتية :

١. اختبار مان ويتنى **Mann Whitney (M)**
٢. اختبار ويلكوكسون **Wilcoxon Signed Ranks Test (W)**
٣. قيمة **Z**

الفصل الرابع

نتائج الدراسة و مناقشاتها

- مقدمـــــــــــــــــــة
- نـــتائج الدراســـة ومناقشـــتها

مقدمـــــة

تسعى الدراسة الحالية إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لــدى الأطفــال التوحديــين باستخدام مقياس لمهارات التواصل غير اللفظية بأبعاده الخمسة المختلفة ولمحاولة تحقيق أهداف البحث ،و يوضح الفصل الحالي المعالجات الإحصائية التي استخدمت للتحقق من صحة فروض الدراسة و التي تم الحصول عليها من خلال تطبيق أدوات الدراسة، وقد استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية التالية :

١- اختبار مان ويتني

٢- اختبار ويلكوكسون

٣- قيمة Z

وفيما يلي تعرض الباحثة ما توصلت إليه من نتائج :

أولا : التحقق من صحة الفرض الأول :

ويــنص الفــرض الأول علــى أنــه " توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس مهارات التواصل غير اللفظي بعد تعرضهم للبرنامج التدريبي ومتوسط درجات المجموعة الضابطة ، ولصالح المجموعة التجريبية " .

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار مان ويتني واختبار ويلكوكسون وقيمة z كأســاليب لا بارامترية للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجــريبية والضابطة في القياس البعدي والتعرف على متوسطات درجاتهم للتعرف على اتجاه دلالة الفروق .

ويوضح الجدول (٩) النتائج التي تم التوصل إليها في هذا الشأن

جدول (٩)

قيم (u , w , z) ودلالتها للفرق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمقياس مهارات التواصل غير اللفظي

الأبعاد	مجموعة ضابطة متوسط	مجموعة ضابطة رتبة المتوسط	مجموعة ضابطة مجموع الرتب	مجموعة تجريبية متوسط	مجموعة تجريبية رتبة المتوسط	مجموعة تجريبية مجموع الرتب	u	w	z
البعد الأول الإشارات	٢٨,٤	٧,٩٠	٣٩,٥٠	٣٤,٨	٣,٢٠	١٥,٥٠	٠٠,٠٠	١٥,٠٠	*٢,١٢١٣-
البعد الثاني الاتصال بالعين	١٥,٥	٨,٠٠	٤٠,٠٠	٢٤,٨	٤,٢٠	٢١,٠٠	٠٠,٠٠	١٥,٠٠	* ٢,٠٢٢٦-
البعد الثالث الحركات الجسمية	١٧,٢	٦,٨٠	٣٤,٠٠	٢٢,٣	٣,٧٠	١٥,٠٠	٠٠,٠٠	١٥,٠٠	١,٩٩٢٦-
البعد الرابع الإيماءات	٣,٤	٧,٤	٣٧,٠٠	٦,٥	٣,٦٠	١٨,٠٠	٠٠,٠٠	١٥,٠٠	١,٣٩١٦-
البعد الخامس تعبيرات وجهية	١٥,٤	٨,٠٠	٤٠,٠٠	٢٥,٣	٣,٠٠	١٢,٠٠	٣,٠٠	١٨,٠٠	** ٢,١٩٢٦- **
المجموع	٦٤,٤	٧,٩٠	٣٩,٥٠	٨٨,٤	٣,٤	١٥,٢٠	٥,٠٠	٨,٥	*٢,٤٢٨-

*هذه المعاملات دالة عند مستوى (٠,٠٥)

** هذه المعاملات دالة عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من الجدول (٩) الآتي :

أن هـناك فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس مهارات التواصل غيـر اللفظـي وأبعاده الخمسة وبالرجوع إلى متوسطات درجات المجموعتين يتضح أن هذه الفروق لصالح المجموعة ذات المتوسط الأكبر وهي المجموعة التجريبية وبذلك يتحقق الفرض الأول .

أ- بالنسبة للبعد الأول وهو " الإشارات " يتضح أن قيمة (z) قد بلغت (-٢,١٢١٣) وهي قيمة تزيد عن القيمة الحدية المطلوبة للدلالة الإحصائية عند المستوى المقبول (٠,٠٥) وفي ضوء هذه النتائج يمكن القول بأن هناك فروق دالة إحصائيا بين المجموعة التجريبية والضابطة و ذلك لصـالح المجمـوعة التجـريبية حيث المتوسط الأعلى (٣٤,٨)وتأتي هذه النتائج بعد تطبيق البرنامج التدريبي والذي تم فيه استخدام الإشارات حيث أنها الوسيلة الناجحة لاندماج وتواصل الطفـل الـتوحدي مع المحيطين به فقد نجح البرنامج في أن يجعل الطفل يشير إلى أجزاء من

جســمه عن طريق الصور أولاً ثم الإشارة إلى جسمه الطبيعي و استطاع الطفل أن يشير إلى الصــور التــي يحبها ويحتاج إليها ثم استطاع أن يستخدم الإشارة للتعبير عن احتياجاته وتعلم كيفــية الســلام باليد وبذلك حدث اختلاف بين المجموعة التجريبية والضابطة عن طريق هذه الجلســات التــي ســاعدت على تنمية الإشارات لدى الطفل التوحدي مما أدى إلى زيادة مهارة التواصل غير اللفظي لديه .

و بذلك تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة شترShuter (١٩٧٩) والذي أوضح بأن لغة الإشارة من الأشياء الهامة للأطفال التوحديين المحاولة التواصل بمن حولهم ، و أن لغة الإشارة تعتمد علــى الرموز و حركات الأذرع و الأيدي في أوضاع مختلفة كما أوضح بأن هناك لغة إشارة خاصة بالتوحديين و تسمى طريقة ماكتون Macton من الممكن أن يتعلمها للتواصل مع من حولهم .

كمــا أكدت دراسة رضا عبد الفتاح (١٩٩٥) أن استخدام الإشارات للتواصل عن طريق الأيدي مــع الأطفــال الذين لديهم إعاقات في التواصل يعطى نتائج جيدة في جوانب التحصيل الأكاديمي و اللغوي و التوافق النفسي (ص١٥)

كمــا اتفقــت نــتائج الدراســة الحالــية مــع نتائج دراسة (ولبفرOliver،١٩٩٥؛ بيفينتجتون Buffington، ١٩٩٨) والتي أوصت باستخدام الإشارات في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي ، و أوضــحت الدراسات بأن هناك نوعين من الإشارات أما إشارات وصفية لها مدلول معين و ترتبط بأشــياء حســية في ذهن الطفل ، و أما إشارات غير وصفية و هي إشارات ليس لها مدلول معين و تــرتبط بشكل مباشر بمعنى الكلمة ، و البرنامج الحالي ركز على استخدام الإشارات الوصفية و التي ترتبط بأشياء بعينها و يستخدمها الطفل التوحدى و نجح البرنامج في ذلك باستخدام الإشارات .

ب- بالنسبة إلى البعد الثاني وهو " الاتصال بالعين "يتضح أن قيمة (z) قد بلغت (-٢,٠٢٢٦) وهــي قيمة دالة إحصائياً عند المستوى المقبول (٠,٠٥) أي إنه توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبية و الضابطة وذلك لصالح لمجموعة التجريبية حيث المتوسط الأعلى (٢٤,٤) ، و هــذه الفروق كانت نتيجة لتدريب الطفل على الاتصال بصرياً حيث تم تدريب الأطفال نتيجة لما لــوحظ عليهم من عدم التركيز في أعين المحيطين بهم أو مع من يتحدث معهم ويرجع ذلك كما يرى ترينبايير Trenpaypier(١٩٩٦) إلى حدوث خلل في التفاعل الاجتماعي لدى هؤلاء الأطفال خلال الشــهور الأولــي مــن عمرهم يعكسه عدم قدرتهم على الحملقة ، ويؤكد عبد الرحمن السيد سليمان (٢٠٠٠) إلى أن التواصل البصري يعتبر أول إشارة تفتح الطريق للتواصل مع الآخرين (ص٩٥)

كمــا أوضــحت دراســة وليOlley (١٩٩٧) أنه لنجاح أي برنامج تدريبي و تعليمي للأطفال التوحديــين يجب أن يبدأ البرنامج بالتدريب على التواصل بالعين كخطوة أولى لنجاح البرنامج ، لأن

هـذه الصعوبة تعيقهم عن أداء ما يتطلب منهم بنجاح (ص٤٢) ، وبما أنها تعد جوهر أي تأهيل كان لابـد مـن الاهتمام بذلك في البرنامج أو محاولة علاجهم حتى استطاعت الباحثة من خلال الجلسات وباستخدام المعززات المختلفة والمحببة لدى الطفل التوحدي لمحاولة أن ينظر إليها ليقوم بعمل تواصل بصـري مع من يحيط به . وهذا ما أدى إلى وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي ، و كان لنجاح التواصل البصري نجاح لمهام أخرى في البرنامج .

ج- بالنسبة إلى البعد الثالث وهو " الحركات الجسمية "يتضح أن قيمة(z) قد بلغت (-١,٩٩٢٦) وهـي قـيمة غيـر دالة إحصائياً حيث تقل عن القيمة الحدية المطلوبة للدلالة الإحصائية (٠,٠٥) وفي ضوء هذه النتائج يمكن القول بأنه لا توجد فروق جوهرية بين المجموعتين التجـريبية و الضـابطة في القياس البعدي في بعد "الحركات الجسمية" ، وهذا ما أشارت إليه بعض الدراسات مثل دراسة اسبيرجر Asperger (١٩٩٦) والتي أشارت إلى أن هناك صعوبات في فهم الأطفـال التوحديين للحركات الجسمية فهم لا يستطيعون أن يقوموا بهذه الحركات ليعبروا ويتواصلوا مع الآخرين ، كما إن لديهم صعوبة في فهم الحركات الجسمية التي يقوم بها الآخرين ، وبالرغم مما تـم تقديمه من أنشطة ووسائل متنوعة وتعزيزات مختلفة لم يستطيع الطفل التوحدي أن يتصل جسمياً مـع من يحيط به ولم يستطيع أن يعطي رسائل من خلال شكل جسمه أو حركاته حتى أنه كان يقوم بتحـريك جسمه للخلف عندما يقترب أو يتفاعل معه أحد ، ولكنهم كانوا يتميزون بأنهم يستطيعون أن يفـرقوا بـين من يودهم ويتقرب منهم بحب ومن يقترب منهم لكي يقوم بإيذائهم كما أنهم أيضاً كانوا يحـبون الموسيقى وتتمايل أجسادهم معها . وبذلك نرى أنه حتى مع تقديم جلسات لهم لمحاولة زيادة التواصل اللفظي لديهم في بعد الحركات الجسمية فإن الباحثة لم تستطع النجاح معهم في هذا البعد ولم يكن هناك فروق بين المجموعتين في هذا البعد .

د- بالنسبة للبعد الرابع وهو " الإيماءات " يتضح إن قيمة (z) قد بلغت (-١,٣٩١٦) وهي قيمة غيـر دالة إحصائياً حيث تقل عن القيمة الحدية المطلوبة للدلالة الإحصائية (٠,٠٥) وبذلك نجد أنه لا توجد فروق جوهرية بين المجموعتين التجريبية و الضابطة في القياس البعدي في بعد " الإيمـاءات" وتعتقد الباحثة في أنه من الممكن أن تكون الفترة التدريبية غير كافية لإحداث تقدم في هذا البعد وهذه النتائج تأتي متفقة مع دراسة هوبسون Hobson (١٩٨٦) التي أكدت إن الأطفال التوحديين لديهم نقص في الإيماءات وصعوبة في فهمها ، و يتفق ذلك مع دراسة مهير Meher (١٩٩٣) حـيث وجد أن اضطراب التواصل أكثر عمقاً من مجرد قصور في اللغة فقـط وإنما الأطفال التوحديين لديهم نقص في فهم السلوك التواصلي ولا يستخدمون أو يفهمون معنـى الإيمـاءات أو يسـتجيبون لها . ومن خلال الجلسات لم يستطع الأطفال أن يعبروا عن الابتسامة أو العبوس في المواقف المختلفة التي حاولت الباحثة أن تظهرها لديهم أثناء الجلسات

كمـــا أنهم لم يستطيعوا أن يعبروا عن الموافقة أو الرفض من خلال هز رأسهم كإيماءة بسيطة للتعبير عن ذلك .

و تتعارض نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (بوندى و فروست Bondy&Frost، ١٩٩٥ ؛ بيفنجــتون buffington، ١٩٩٨) والتي أوضحت فاعلية هذه البرامج في تنمية مهارات التواصل غير اللفظية بأبعادها المختلفة ولكن هذا البرنامج لم يحقق نجاح في كل الأبعاد الخاصة بالمقياس مثل الحركات الجسمية والإيماءات بفاعلية كبيرة وتُرجع الباحثة الأسباب التي أدت إلى عدم النجاح في هذه الأبعاد إلى ما يلي :-

١- صعوبة فهم الحركات الجسمية أو الاستجابة لها من جانب التوحديين .

٢- صعوبة في فهم الإيماءات بأنواعها البسيطة والانفعالية والإشارية والتعبيرية لدى التوحديين .

٣- صعوبة في التعامل مع الطفل التوحدي لنشاطه وحركاته الزائدة والنمطية التكرارية لديه .

٤- مــدة البــرنامج ســتة أشــهر و ربمــا كان تحقيق هذه الجوانب يحتاج إلى وقت أطول من ذلك لصعوبتها.

٥- نسيان الطفل التوحدي لما يتعلمه وصعوبة تركيزه في الأشياء المطلوبة منه .

٦- محاولــة الــتعامل مع الطفل التوحدي في سن مبكرة ، لأنه كلما كان تدخل البرنامج مبكراً كلما كانت النتائج أفضل .

هـــ- بالنسبة للبعد الخامس وهو " التعبيرات الوجهية " يتضح أن قيمة (z) قد بلغت (-٢,١٩٣٧) وهـــي قيمة تزيد عن القيمة الحدية المطلوبة للدلالة الإحصائية عند المستوى المقبول (٠,٠١) وفي ضوء هذه النتائج يمكن القول بأن هناك فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبية و الضابطة في القياس البعدي و ذلك لصالح المجموعة التجريبية حيث المتوسط الأعلى (٢٩,٣) .

و تــرى الباحــثة الحالــية منطقية هذه النتائج ، و ذلك لأن التعبيرات الوجهية من الأبعاد الهامة بالنســبة للتواصــل بــين الأفــراد بعضهم ببعض لأن هذه التعبيرات تدل على المشاركة والإحساس بالآخــرين، وهــذه النــتائج تأتــى متفقة مع دراسة إليوت Elliot (١٩٩٤) و التي أكدت على إن التعبيرات الوجهية من الأشياء الهامة لنجاح التواصل و استخدامها يؤدى إلى تفاعل الأفراد مع بعضهم في مواقف مختلفة ، و خلال البرنامج الحالي تم استخدام مجموعة من الصور لبعض الوجوه تتضمن أشكال مختلفة للتعبيرات الوجهيه تضم صورة لوجه حزين ، و سعيد ، و غاضب وتم تدريب الأطفال من خلال أداء بعض التمثيليات و المسرحيات و استخدام هذه الوجوه للتعبير بها عن المواقف المختلفة ، مــع استخدام أنواع متعددة من المعززات التي يكافأ بها الطفل عند أداء المهارات المختلفة المطلوبة منه ، و قد استطاع الطفل أن يقوم ببعض التعبيرات الوجهية مثل تعبيرات الخوف و الغضب .

و تـرى الباحثة إن من العوامل التي أدت إلى نجاح البرنامج التدريبي المستخدم وجود مجموعة مـن الأسـاليب التي كان لها تأثير إيجابي في سلوك الطفل التوحدي وإيجابية في البرنامج ومن هذه الأساليب ما يلي :-

١- استخدام أسلوب تعديل السلوك :

والـذي يـؤكده معظـم الخبـراء في هذا المجال أنه يعد من أفضل الطرق العلاجية والكثير من الدراسـات الحديـثة أكـدت فاعلـية استخدام طريقة تعديل السلوك لتأثرها الإيجابي في قدرة الطفل الـتوحدي علـى الـتفاعل بإيجابية مع الآخرين وتنمية مهارات التواصل لديهم (لوفاس Lovass ، ١٩٨٧ ؛ و سـكوبلر schopler ، ١٩٩٨) و المـبدأ الأساسـي الذي يقوم عليه تعديل السلوك هو اسـتخدام التعزيـز ، و قـد تم استخدام التعزيز في البرنامج بنوعيه المادي و الاجتماعي ، و بشكل متكـرر أثـناء الجلسات العلاجية حتى يكافأ الطفل على أداء المهارات المطلوبة منه . كما إن هناك اتفـاق من أغلبية الدراسات السابقة على أهمية التعزيز كأسلوب مثالي لنجاح أي برنامج و استمرار نجاحـه لفترات طويلة ، وفى البرنامج الحالي استخدم أيضا التعزيز السلبي من تجاهل و انطفاء للحد مـن السـلوكيات الغيـر مـرغوبة التي يقوم.بها الطفل أثناء الجلسات العلاجية (ديوراند و شورت Durand&Short،١٩٨٧ ؛ بوندى و فروست Bondy& Frost، ١٩٩٥؛ أوزونوف Oznoff، ١٩٩٨؛ عادل عبد الله محمد ، ٢٠٠١ ؛ سهير محمود أمين ، ٢٠٠٢)

٢-استخدام أنشطة متنوعة :

استخدمت الدراسة مجموعة من الأساليب والوسائل المساعدة لنجاح البرنامج التدريبي فتم استخدام إشارات وصور فوتوغرافية وشرائط مسموعة ومرئية ومجسمات وألعاب وموسيقى ورياضة بدنية ، فمعظـم الدراسـات أكدت وأشارت إلى أن تقديم المعلومات في صور مرئيةو بإستخدام وسائل عينية أفضل من تقديمها في صور لفظية (ديوراند Durand، ١٩٩٠ ؛ ماك وكرونتز وميكلونهان Mac, Krontz&Meclonnhan ، ١٩٩٣ ؛ كيرك Qurk، ١٩٩٥)

ثانياً التحقق من صحة الفرض الثاني :

يـنص الفـرض الثاني على أنه " لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعة التجـريبية فـي القياسين البعدي والتتبعي وذلك على مقياس مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين ".

وقد استخدمت الباحثة المتوسطات الحسابية وقيمة (z) كأساليب لا بارا مترية للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي .

ويتضح من الجدول (١٠) النتائج التي تم التوصل إليها في هذا الشأن

جدول (١٠)

قيم المتوسط وقيمة z ودلالتها للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس مهارات التواصل وأبعاده

الأبعاد	مجموعة تجريبية (قياس بعدي)			مجموعة تجريبية (قياس تتبعي)			قيمة z
	متوسط	رتبة المتوسط	مجموع الرتب	متوسط	رتبة المتوسط	مجموع الرتب	
البعد الأول الإشارات	٣٤,٩	٥,٤٠	٢٦,٥٠	٣٤,٦	٥,٧٠	٢٨,٥	*٠,٧٤٥٤ -
البعد الثاني الاتصال بالعين	٢٥,٠٠	٥,٦٠	٢٨,٠٠	٢٥,٧	٥,٤٠	٢٧,٠٠	* ٠,٢٣١٩ -
البعد الثالث الحركات الجسمية	٢٢,٣	٥,٦٠	٢٨,٠٠	٢٢,٣	٥,٧٠	٢٧,٣	* ٠,٢١١٣ -
البعد الرابع الإيماءات	٣,٤	٤,٨٠	٤,٢٠	٣,٠٠	٦,٢٠	٣١,٠٠	* ١,٢٤٩٩ -
البعد الخامس تعبيرات وجهية	٢٩	٤,٨٠	٢٤,٠٠	٢٩	٥,٤٠	٢٨,٤٠	* ١,٢٤٩٩ -
المجموع	٨٨,٦	٥,٤٠	٢٧,٠٠	٨٨,٤	٥,٦٠	٢٨,٠٠	* ٠,١٣٤٢ -

*هذه المعاملات غير دالة عند مستوى (٠,٠٥)

ويتضـــح مـــن نـــتائج الجدول السابق عدم دلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس مهارات التواصل وأبعاده الخمسة وبذلك تتحقق صحة الفرض الثاني .

أوضحت النتائج أنه في القياس التتبعي والذي تم بعد انتهاء البرنامج بشهرين عدم وجود دلالة للفـــروق بين القياسين البعدي والتتبعي وفي اعتقاد الباحثة أن ذلك يرجع إلى ما تم من خلال المرحلة الأخيرة من البرنامج حيث تم تدريب الأطفال التوحديين في الجلسات الأخيرة من البرنامج والتي مثلت أربـــع جلسات تم خلالها إعادة تدريب الأطفال على المهارات المتعلقة بمهارات التواصل غير اللفظي بعـــد أن تـــم تدريبهم على هذه المهارات بالفعل خلال جلسات البرنامج نفسه و من الملاحظ أن هناك صـــعوبة في التعامل مع الطفل التوحدي و يرجع ذلك إلى ما ورد في الدليل الإحصائي و التشخيصي للاضـــطرابات النفسية DSM - IV (١٩٩٤) لهذا كان من الأفضل أن يتضمن البرنامج مجموعة

مــن الأساليب العلاجية مثل العلاج السلوكي و العلاج باللعب و الموسيقى ، و هذا ما أدى إلى وجود تأثير إيجابي على سلوك الطفل التوحدي في القياس التتبعي . فنجد أن العلاج باللعب يعمل على تنمية المهــارات الاجتماعية و اللفظية و التواصلية و يستخدمه البعض كقاعدة أساسية في أي برنامج يقدم للطفل التوحدي (سهير محمود أمين ، ٢٠٠٢ ، ص ١٤٧)

كمــا وجــد أن العلاج السلوكي و البرامج التي ترتكز عليه تعد من أفضل الطرق العلاجية حيث أشارت الكثير من الدراسات الحالية إلى أن هذه البرامج ذات تأثير واضح على تنمية قدرة الطفل على التفاعل الإيجابي مع الآخرين (لوفاس Lovaas ، ١٩٨٧ ؛ ذونالي وداجيت Zonalli & Dagett ، ١٩٩٨)

كما نجح سكوبلر Schopler (١٩٨٦) في استخدام أساليب التعزيز الإيجابي و السلبي و أسلوب تحلــيل المهــام لتنمــية المهــارات التواصــلية و الاجتماعية و تحسين المستوى الأكاديمي للأطفال التوحديين.

كما اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة أيدلسون Edelson (١٩٩٨) في إن الأنشطة الموسيقية و الحــركية ســاعدت علــى نمو الإحساس الإدراكي لديهم و تحسن المستوى الأكاديمي و خفض حدة السلوكيات العدوانية لدى الطفل التوحدي .

وبــذلك ساهم إعادة التدريب خلال فترات مختلفة إلى عدم انتكاسة الأطفال التوحديين بعد انتهاء البرنامج وامتد أثر ذلك إلى ما بعد انتهاء البرنامج إلى ثبات ما تم تعلمه وعمل على استمرار تقدمهم مــع مرور الوقت ، كما أدى إلى حدوث فاعلية في البرنامج المقدم لهم في بعض أجزائه وفي بعض جــوانب وأبعاد مقياس مهارات التواصل غير اللفظي . ولذلك توصي الباحثة بضرورة إجراء المزيد مــن الدراسات عن الأطفال التوحديين في الجانبين التشخيصي والبرمجي حتى يؤدى ذلك إلى زيادة نموهم في اتجاهات مختلفة .

الفصـــل الخامــس

ملخص الدراسة و التوصيات

أولاً : ملخص الدراسة

ثانياً : التوصيات التربوية والبحوث المقترحة

أولاً : ملخص الدراسة :

تهـدف الدراسـة الحالية إلى التحقق من مدى فاعلية البرنامج التدريبي المقترح لتنمية مهـارات التواصـل لدى الأطفال التوحديين ، و تهدف الدراسة إلى مساعدة الأطفال التوحديين وإنـدماجهم في المجتمع من خلال تعديل بعض ما يصدر عنهم من سلوكيات . وبعبارة أخرى فإن هذه الدراسة تحاول أن تتصدى للإجابة على السؤال الآتي :-

مـا مـدى فاعلـية بـرنامج تدريبـي فـي تنمـية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين ؟

وقد فرضت الباحثة الفروض الآتية :-

١- تـوجد فـروق دالـة إحصـائياً بـين متوسـط درجات المجموعة التجريبية على مقياس مهـارات التواصـل بعـد تعرضـهم لبرنامج لتنمية مهارات التواصل ومتوسط درجات المجموعة الضابطة الذين لم يتعرضوا للبرنامج ، و لصالح المجموعة التجريبية .

٢- لا تـوجد فـروق دالـة إحصـائياً بـين متوسـطي درجـات المجمـوعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي وذلك على مقياس مهارات التواصل .

وتنـبع أهمـية هذه الدراسة من أنها تمثل مشكلة خطيرة يتعرض لها الطفل وتعيق مسيرة التنمية فيه وخاصاً في مهارات التواصل غير اللفظي وتظهر أهمية هذه الدراسة في أنها تسعى لمحاولـة وضع مقياس تقييم لمهارات التواصل غير اللفظه بأبعاده المختلفة مما يسهل الاكتشاف المبكـر لهـذه الاضطرابات ، وأيضاً تصميم برنامج تربوي يساهم في إكساب الطفل التوحدى مهارات تساعده على الانخراط في المجتمع ، وهذا ينطوي على أهمية كبيرة من الناحية النظرية والتطبيقية .

عينة الدراسة :

واستخدمت الباحثة عينة قوامها (٦) ستة أطفال توحديين من طلاب مدرسة التربية الفكرية بالإسـماعيلية في عمر زمني ما بين (٦ – ١٣) سنة وتتراوح نسبة ذكاؤهم بين (٤٠ –٦٥) درجـة ، والبرنامج مطبق على الأطفال الذكور ، وتتألف العينة من مجموعتين متساويتين في العدد إحداهما تجريبية وتم تطبيق البرنامج عليها والأخرى ضابطة وقد تم مراعاة التجانس بين أفراد العينة في متغيرات العمر الزمني ، الذكاء ، المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة .

الأدوات المستخدمة :

طبقت الباحثة على العينة مقاييس الدراسة المتمثلة في ما يلى :-

١- استمارة لجمع البيانات عن الأطفال التوحديين

(من إعداد الباحثة)

٢- استمارة لمعرفة أنواع المعززات المحببة لدى الطفل التوحدي

(من إعداد الباحثة)

٣- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء

(إعداد لويس كامل مليكة ، ١٩٩٣)

٤- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة

(إعداد كمال دسوقي – محمد بيومي خليل ،١٩٨٤)

٥- مقياس تقييم الطفل التوحدي في اضطراب مهارات التواصل غير اللفظي

(من إعداد الباحثة)

٦- برنامج تدريبي للأطفال التوحديين لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي

(من إعداد الباحثة)

الأسلوب الإحصائي :

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة مجموعة من الأساليب الإحصائية المتمثلة في الآتي :

١-اختبار مان وتينى

٢-اختبار ويلكوكسون

٣- قيمة Z

نتائج الدراسة :

أظهرت نتائج الدراسة الحالية ما يأتي :-

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين ولصالح المجموعة التجريبية .

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين .

ثانياً : التوصيات التربوية والبحوث المقترحة :

أ- التوصيات

في ضوء نتائج الدراسة الحالية يتضح وجود اضطراب لدى الأطفال التوحديين في مهارات التوصل غير اللفظي و التي تمنعهم من التواصل المتبادل مع الآخرين ، و فى ضوء ما أسفرت عنه الدراسة من نتائج صاغت الباحثة الحالية التوصيات الآتية :

- إجـــراء تشخيص في سن مبكر لفئة الأطفال التوحديين حتى يتم التدخل المبكرو ذلك من خلال وضع خطط وبرامج تدريبية مناسبة في ضوء ما يسفر عنه تشخيص الحالة .
- ضرورة تضافر الجهود التربوية والنفسية والصحية في سبيل تأهيل الأطفال التوحديين.
- ضـــرورة الاهـــتمام بفئة التوحديين وإنشاء فصول خاصة بهم وعمل برامج خاصة لهم ، واســتراتيجيات تعليمـــية وتـــربوية على أسس علمية و موضوعية تراعي طبيعة هؤلاء الأطفال وسمات شخصيتهم وتتيح لهم فرص نمو طبيعي .
- إنشاء قسم بإدارة التربية الخاصة يختص بهذه الفئة .
- إعداد كوادر خاصة مؤهلة للعمل مع الأطفال التوحديين .
- وجـــود فريق عمل متكامل ليتولى هذه الفئة ويتكون من طبيب أطفال ،و طبيب نفسي ، أخصائي نفسي ، إلى جانب المدرسة والأسرة .
- ضرورة تنوع البرامج العلاجية بمختلف المراكز بما يناسب طبيعة كل طفل توحدى .
- عمل دورات تدريبية متخصصة للعاملين مع الأطفال التوحديين .
- ضـــرورة تـــدريب الأطفال على المهارات التي من شأنها أن تسهل عملية اندماجهم مع المحيطين بهم .
- ضروزة وضع برنامج تدريبي خاص للحد من كل نمط سلوكي غير مقبول .

ب- البحوث المقترحة:

- دراسة لتحديد معدلات انتشار الأطفال التوحديين فى المجتمعات العربية .
- بناء برامج لتنمية مهارات التفاعل الأجتماعى لدى الطفل التوحدى .
- دراسة لفاعلية أستخدام التقنيات الحديثة لعلاج الأطفال التوحديين .
- دراســـة للكشف عن أسباب إعاقة التوحد من خلال تناول الأبعاد المختلفة التى تؤدى إلى حدوث هذا الإضطراب .
- دراســـة عن دور إدارة التربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم في وضع خطط علاجية مناسبة لهؤلاء الأطفال .
- إعداد برنامج تدريبي للحد من السلوكيات العدوانية التي يعانى منها الطفل التوحدى .

المراجع

أولاً : المراجع العربية :

١- أحمــد عكاشــة (١٩٦٩) . الطــب النفســي المعاصــر ، القاهــرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

٢- إسـماعيل محمد بدر (١٩٩٧) . مدى فعالية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفـال ذوي الـتوحد ، المؤتمـر الدولي الرابع مركز الإرشاد النفسي، تربية عين شمس ، ٢-٤ ديسمبر ، مج٢ ، ص ص٧٢٧- ٧٥٦ .

٣- إلهامــي عــبد العزيـز (١٩٩٩) . سـيكولوجية الفـئات الخاصة دراسة في حالة الذاتوية ، الطبعة الأولى ، القاهرة ، دار الكتب .

٤- آمــال محمــود (١٩٩٩). فاعلـية بـرنامج إرشـادي لخفض الضغوط النفسية لدى أمهـات الأطفـال المتخلفـين عقلـيا ، رسـالة ماجسـتير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق .

٥- أيمــن أحمــد جيــرة (١٩٨٤). دراسة تجريبية في ديناميات الذهان لدى الأطفال – دراســة فــي حالــة الذاتــوية ، رســالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .

٦- جابــر عــبد الحمــيد جابر وعلاء الدين كفافي (١٩٨٨). معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الأول، القاهرة، دار النهضة العربية .

٧- جابــر عــبد الحمــيد جابــر وعــلاء الــدين كفافــي (١٩٨٩). معجم علم النفس و الطب النفسي، الجزء الثاني ، القاهرة ، دار النهضة العربية

٨- جابــر عــبد الحمــيد جابــر وعلاء الدين كفافي (١٩٩٠). معجم علم النفس و الطب النفسي ، الجزء الثالث ، القاهرة ، دار النهضة العربية .

٩- جابــر عــبد الحمــيد جابــر وعــلاء الــدين كفافي (١٩٩٢) . معجم علم النفس والطــب النفســي ، الجــزء الخــامس ، القاهــرة ، دار النهضة العربية .

١٠- جابــر عــبد الحمــيد جابر وعلاء الدين كفافي (١٩٩٣) .معجم علم النفس والطب النفسي ، الجزء السادس ، القاهرة ، دار النهضة العربية .

١١- جابــر عــبد الحمــيد جابــر وعلاء الدين كفافي (١٩٩٥). معجم علم النفس و الطب النفسي ، الجزء السابع ، القاهرة ، دار النهضة العربية .

١٢- حسني إحسان حلواني (١٩٩٦) . المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوي الأوتيزم (التوحد) من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة أم القرى بمكة المكرمة .

١٣- رضا عبد القادر عبد الفتاح (١٩٩٢) . تطوير مناهج العلوم للطلاب المعاقين سمعياً بمرحلة التعليم الأساسي ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ببنها ، جامعة الزقازيق .

١٤- رمضان القذافي (١٩٩٤). سيكولوجية الإعاقة ، الجامعة المفتوحة الجماهيرية العربية الليبية ، دار الكتب الوطنية .

١٥- زينب محمود شقير (٢٠٠١). اضطرابات اللغة والتواصل ، الطبعة الثانية المعدلة ، القاهرة ، دار النهضة المصرية .

١٦- سحر عبد الحميد يوسف الكحكي (١٩٩٧) . تقييم برنامج علاجي تكاملي لعلاج التلعثم لدى عينة من الأطفال المعاقين " دراسة اكلينيكية مقارنة " رسالة دكتوراه ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .

١٧- سميرة عبد اللطيف السعد (١٩٩٧) . معاناتي والتوحد ، الطبعة الثانية ، الكويت ، ذات السلاسل .

١٨- سهير محمود أمين عبد الله (٢٠٠٢) . فعالية برنامج تدريبي في تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل المتوحد ، مجلة كلية التربية ، جامعة حلوان ، العدد الرابع ، المجلد الثامن ، أكتوبر ، ص ص ٩٥-١٥٨ .

١٩- سير جيوستين.(١٩٩٢) . ترجمة خوري عيسى عبد الفتاح حسن ، التربية اللغوية للطفل ، القاهرة ، دار الفكر العربي .

٢٠- شاكر عطية قنديل (٢٠٠٠) . إعاقة التوحد طبيعتها وخصائصها ، المؤتمر السنوي لكلية التربية جامعة المنصورة ، نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوي الاحتياجات الخاصة ، ٤-٥ إبريل ، ص ٤٧-١٠٠ .

٢١- عادل عبد الله محمد (٢٠٠١) . الأطفال التوحديين دراسات تشخيصية وبراميجيه ، الطبعة الأولى ، الجزء الأول ، القاهرة ، دار الرشاد .

٢٢- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢) . جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين ، الطبعة الثانية ، الجزء الثاني ، القاهرة ، دار الرشاد .

٢٣- عادل عز الدين الأشول (١٩٨٧). موسوعة التربية الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

٢٤- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٠) . محاولة لفهم الذاتوية إعاقة التوحد عند الأطفال ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .

٢٥- عبد الرحمن سيد سليمان،سميرة محمد شند وإيمان فوزي سعيد (٢٠٠٣).دليل الوالدين والمتخصصين في التعامل مع الطفل التوحدي، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق.

٢٦- عبد الرحمن محمد عيسوي (١٩٧٩) . علم النفس ومشكلات الفرد ، الإسكندرية ، منشأة المعارف .

٢٧- عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم محمد (١٩٩٩) . الطفل التوحدي الذاتي الاجتراري (القياس والتشخيص الفارق) المؤتمر الدولي السادس مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، ١٠-١٢، ص ص ٢٢٧- ٢٤٥ .

٢٨- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٣) . العلاج السلوكي للطفل ، أساليب و نماذج من حالاته ، الكويت : سلسلة عالم المعرفة ، المجلس الوطني للفنون و الثقافة و الآداب ، العدد (١٨) .

٢٩- عبد العزيز السيد الشخص (١٩٩٧) . اضطرابات النطق والكلام ، الطبعة الأولى ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

٣٠- عبد العزيز السيد الشخص وعبد الغفار الدماطي (١٩٩٢) . قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

٣١- عبد العزيز السيد الشخص و زيدان أحمد السرطاوى (١٩٩٩) . تربية الأطفال و المراهقين المضطربين سلوكيا، جزء أول ، الإمارات المتحدة ، دار الكتاب الجامعى .

٣٢- عبد المطلب أمين القريطي (١٩٩٨) . في الصحة النفسية ، الطبعة الأولى ، القاهرة ، دار الفكر العربي .

٣٣- عبد المنان الملا محمود (١٩٩٧) . فاعلية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين ، مركز الإرشاد

النفسي ، المؤتمر الدولي الرابع ، الإرشاد النفسي والمجال التربوي ، المجلد الأول ، كلية التربية ، جامعة عين شمس ، ٢-٤ ديسمبر ، ص ص ٤٣٧ - ٤٦٠ .

٣٤- عبد المنعم الحفني (١٩٧٥). موسوعة الطب النفسي والتحليل النفسي ، الجزء الثاني ، القاهرة ، مكتبة مدبولي .

٣٥- عبد المنعم الحفني (١٩٧٨) . موسوعة علم النفس ، الجزء الأول ، القاهرة ، مكتبة مدبولي .

٣٦- عثمان لبيب فراج (١٩٩٤) . إعاقة التوحد خواصها و تشخيصها ، النشرة الدورية العدد (٤٠) ، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة و المعوقين ص ص٢-٨ .

٣٧- عمر بن الخطاب خليل (١٩٩١) . التشخيص الفارق بين التخلف العقلي واضطرابات الانتباه والتوحدية ، مجلة الدراسات النفسية رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية ، ك ١٠ ، ج ٣ ، ص ص ٥١٣ - ٥٢٨ .

٣٨- عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٣) . خصائص آباء الأطفال المصابين بالتوحدية (الاجترارية) ، مجلة معوقات الطفولة - مركز معوقات الطفولة ، الأزهر ، المجلد الثاني ، عدد (١) ، ص ص ٣٣٥-٣٤٩ .

٣٩- عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤) . خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحد على استخبار ايزنك لشخصية الأطفال، مجلة معوقات الطفولة مجلد (٣) ، عدد (١) ، القاهرة .جامعة الأزهر .

٤٠- فاخر عاقل (١٩٨٨) . معجم العلوم النفسية ، الطبعة الأولى ، جامعة دمشق ، بيروت ، دار الرائد العربي .

٤١- فرج الكامل (١٩٨٥) . تأثير وسائل الاتصال الأسس النفسية والاجتماعية ، الطبعة الأولى ، القاهرة ، دار الفكر العربي .

٤٢- كمال الدسوقي (١٩٨٧) . ذخيرة علوم النفس ، المجلد الأول ، الطبعة الأولى،القاهرة .

٤٣- لورنا وينج (١٩٩٤) . ترجمة هناء مسلم ، الأطفال التوحديين ، الكويت ، جمعية كويتية لرعاية المعاقين .

٤٤- لويس كامل مليكة (١٩٩٤) . العلاج السلوكى وتعديل السلوك ، الطبعة الثانية، الكويت ، دار القلم .

٤٥- لويس كامل مليكة (١٩٩٨) . الصورة الرابعة العربية المعدلة من مقياس ستانفورد بينية لقياس و تقييم القدرات المعرفية في حالات الصحة و المرض ، ط٢، كلية الآداب، جامعة عين شمس .

٤٦- ماجد السيد على عمارة (١٩٩٩) . دراسة تشخيصية لبعض المتغيرات المعرفية و غير المعرفية لدى الطفل المنغلق نفسيا ، رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة .

٤٧- محمد بيومي خليل (١٩٨٤) . مستوى الطموح ومدى القلق وعلاقتهما ببعض سمات الشخصية لدى الشباب، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية ، جامعة الزقازيق ، ص١١٣.

٤٨- محمد حسيب الدفراوي (١٩٩٨) . الطفولة الذاتوية في الأطفال المصريين : التقييمات والمصاحبات الإكلينيكية ، المجلة المصرية للطب النفسي ، الجمعية المصرية للطب النفسي ، عدد (٢١) ، ص ص ٨٥-٩٣ .

٤٩- محمد على كامل (١٩٩٨). من هم ذوي الأوتيزم ، الطبعة الأولى ، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية .

٥٠- محمد فتحي عبد الحي (١٩٩٤) . مدى فاعلية برنامج مقترح لتحسين مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق .

٥١- محمد محمد سيد خليل (١٩٩١). تنمية مهارات التواصل في الإنسان عدد (٤٧) ، الجمعية العامة للاستعلامات بالقاهرة .

٥٢- محمود حمودة (١٩٩١). الطب النفسي الطفولة والمراهقة المشكلات النفسية والعلاج ، منشور بواسطة المؤلف ، القاهرة .

٥٣- محمود حمودة (١٩٩٨) . نفس المرجع .

٥٤- معجـم اللغـة العـربية (١٩٩٣). المعجـم الوجيـز ، طبعة خاصة بوزارة التربية والتعليم ، القاهرة .

٥٥- نـوال محمـد عطـية (١٩٩٥) .علـم الـنفس اللغوي ، الطبعة الثالثة ، القاهرة ، المكتبة الأكاديمية .

٥٦- هـدى أمـين عـبد العزيـز (١٩٩٧) . الـدلالات التشخيصية للأطفال المصابين بالأوتيـزم – الذاتـية ، رسـالة ماجستير ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .

ثانياً : المراجع الأجنبية :

57- Adams,S.&Stephen,B.(1997).Home-Based Behavioral Treatment of young children Autism, Eric No-[564032]

58- ALANO,M.&Frith,L.(1980)."Psychological Disorders of children, Behavioral Approach to Theory, Research, and Therapy, 2nd Ed, Boston: Allyn and Bacon

59- Alvin, J. & Worveick, A. (1991). "Music Therapy", 2nd Ed, New Yourk: Oxford University Press

60- American Psychiatric Association (1994) . "Diagnostics and Statistical Mental Disorders (DSM – IV), (4th Ed), Washington DC, APA

61- Asperge,H. (1996). Abnormal Psychology, Current Perspectives, Mc Grow: Hill.

62- Autism Society of American (1999) .Autism an Introduction", come from the net, http://www.Autism.Society.org

63- Biklen, D. (2002). "Communication unbound: Autism and Proxis", Harvard Educational Review, 60, PP. 10 – 20

64- Bionco,R.Barbare (2000). "General Testing Modifications for Students with Autism", Chapel Hill Teach center, p. 1-5

65- Bondy,A.& Frost,L. (1995). "The Picture Exchange Communication System Focus on Autistic Behavior (3), N (2) P.4-5

66- Boomer, A.S. (1995) "Legal issues concerning children with Autism and pervasive development disabilities "Behavioral Disorders, N (21), PP.1-10

67- Buffington, D. (1998). "Procedures for teaching appropriate gestural communication skills to children with autism", **Journal of Autism and Developmental Disorders, V (28), n (6) PP.10-20**

68- Buhogior,N.H. (1999). "Therapists Experience of Treating preschool Autistic children, paper in conference Autism, http://www.Autism99.org .

69- Campbell, B., Susan (1998)." On Structuring A lesson ", **Journal of Learning Disabilities, V (6) N (1) PP. 1- 6.**

70- Cleveland, G.W. (1981). "Mass communication", American: Sage

71- Cohen, S.leslie,A . m. & Frith,U. (1985). "Does the Autistic Child have"Theory of Mind?" cognition, 21, PP. 37 – 46

72- Colarusso,P.R.&colleen,M. O. (1999)." Special Education for All Teacher's"2nd ed, U. s .A: Kendall Hunt

73- Could, S.N . (1991). Childhood Psychosis: A review of 100 cases. **British Journal of Psychiatry, 109, PP. 84 – 89.**

74- David, L.N. (1994). "Understanding Abnormal Behavior", 4th Ed, Boston: Black well

75- Davity,J. (1964). "The communication of Emotional Meaning", New Yourk : Mc Grow-Hill

76- Demyer, B. & Mcadoo,L. (1973)." Prognosis in autism: A follow up study ", **Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 3, PP.199 – 240 .**

77- Detroit Medical center (1998), Autism, causes and symptoms, Detroit: Medical Knowledge systems, Inc.

78- Donnelly, A. Juliea, & Levey, M. (2001)." strategies for Assisting individuals with high functioning Autism and /or sperger syndrom", south west Missouri state university, PP.85-95

79- Dorman, B. & Jennifer,L. (1999)":What is Autism" . Autistic, Society of America: Bethesda.

80- Dunlap, C. & Fox,S. (1999). "Teaching students with Autism" New Yourk: Kendal, Hunt

81- Durand, B.M. &Short, J. (1987)."Social skills training with children", New Yourk: Plenum press

82- Durand, B.M. (1990)." Severe Behavior problems A functional communication Approach", New Yourk: Gulford

83- Edelson, A. N. (1998). The autistic child in adolescence. **American Journal of Psychiatry, 1112, PP. 607 - 612.**

84- Edelson, A. N. (1999). Depression autistic disorder. **British Journal of Psychiatry, 159 ,PP. 721-723.**

85- Elliot, A.L. (1994). Fire- setting in an adolescent boy with Asperger`s syndrome. **British Journal of psychiatry, 157, PP.284-287.**

86- Er yscn,L.P. (1996) " Affective disorders in people with Autism : A review of published case, **a Journal of autism and Developmental Disorders, 24,PP. 487 – 601**

87- Freeman, B. J. (1999)."Diagnosis of The syndrome of Autism : Questions Parents ask" , A 90024 , Los Angles : University of California

88- Gillson, S.(2000) " Autism and social behavior" ,Bethesda MD., Autism society Of America.

89- Goldon, H. (1981). "Dictionary of psychology and psychiatry", 84, 16-219 London- N.Y.

90- Gordon, B.L. (1993). A double – blind comparison of clomipromine, desipromine, and placebo in the treatment of Autistic Disorders, V (25), N (3).

91- Hadwin J., Baron – Cohen, S. Howlil, P. & Hill, K. (1996). Can we Teach children with autism to understand emotions, belief and pretence? Developmental psychopathology, V (8), N (2)

92- Hall, M. B. (1996)." The child with Disability", 2nd Ed , New Yourk: Blackwell Science

93- Harold, L.K. & Benjamin, S.(1998)." Synopsis of psychiatry Behavioral sciences, clinical psychiatry", 8th ed, U.S.A: Library of congress

94- Harre,R. &Lamb ,R.(1993) ." The Encyclopedia of psychology", singular public Inc.

95- Harris,S.K. (1996). "The wonderland adaptive behavior scales for young children with autism", special services in the schools, V (10) N (1)

96- Heiman, P.&clements, J.(1995). "Is it possible to assess the impact of abuse on children with pervasive developmental disorders? "**Journal of Autism and Developmental Disorders, 25, PP.1-17.**

97- Herbert, M. (1998)." Clinical child psychology: social learning development and behavior", 2nd, UK: chi Chester

98- Hobson, P. (1986). " Autism and the Developmiental of Mind", London: Erlbaum.

99- Howlin, P. & Rutter, M. (1987). Treatment of Autistic children ", chi Chester: wily.

100-Howlin, P. (1989)." Changing Approaches to Communication Training with Autistic Children", **British Journal of Disorders of Communication, 24, PP.151 – 168 .**

101-Jordan, R. & Powells, G. (1995)." Understanding and Teaching children with Autism", New Yourk: chichester-wiley

102-Kaull, K.A. (1995). "Enhancing children's social communicative interactions. In Teaching children with Autism: strategies to Enhance communication and Socialization", New Yourk: Delmor

103-Kendall,P. (1995). "Abnormal psychology" New Jersey: Harper&Row

104-Klin,N.,&Volkmar,R. (1995). "Asperger syndrome: some Guidelines for Assessment Diagnosis and intervention", learning Disabilities Association of America, P.1-10

105-Knoblouch, B. & Sorenson, B. (1998)." Idea's Definition of Disabilities ", **Journal of the disabilities and Gifted Education**, Eric No [429396]

106-Koegel, R.,Schreibman ,R.&Oneill,L.(1982)." Fostering self-management: Porent delivered pivotal response training for children with Autistic disorder", Washington, D c, American psychological Association

107-Kurg,A.F. (1993) . Autism Screening Instrument for Educational Planning, **The American Journal of Art Therapy,(29), PP.9-11**

108-Lawrence, R. & Joffe,T. (1978). "Abnormal psychology in the life cycle ", New Yourk: Hagerstown.

109-Lee,n.& Knitzer, j . (1994)."A new proposed definition and terminology to replace serious Emotional Disturbance" in individuals with Disability", Education Act School psychology Review, 21, PP.12-20.

110-Lnmberth,J.(1980)."Social Psychology ", New Yourk: Macmillonco

111-Lovass, I .O. (1987)." Behavioral treatment and normal Educational & Intellectual functioning in young Autistic children", **Journal of Consulting and Clinical Psychology ,55 ,PP.3-9.**

112-Mac, O.S., Krontz, p.j. & Meclonnohan, L.E. (1993)."Teaching children with Autism to use photographic activity schedules: maintenance and generalization a complex response choin", **Journal of Applied Behavior Analysis 26, PP.89-97.**

113-Martin,B. (1980) . "Abnormal psychology", 2nd ed, London: Black will

114-Mehr, J. (1993). "Abnormal psychology ", New Yourk: chino Hills

115-Michael, T. & lwgia, D. (1997)." A comparison of the construal communication of human ", **Journal Human Development, Vol -40, pp.7-27.**

116-Moreno,J., Susan (1999)." High Functioning Individuals with Autism ",   North Carolina: Chopel Hill

117-Muller, J. (1992). "Swimming Against the tide", paper from net. http://www.Autism99.org

118-New Som, E. (1998)." Autistic Disorder, Treatment of Childhood Disorders", 2nd Ed, New Yourk: Guilford press

119-Oliver, C. (1995)." Self-injurious in children with learning disabilities Recent advances in assessment intervention A potation", **Journal of Children Psychology and Psychiatry 36 ,PP. 909-928**

120-Olley, S. (1997). Home –Based Behavioral Treatment of Young children with Autism, Eric No. [564032]

121-Oznoff, S.K.(1998)." Effectiveness of a Home program Intervention For young children with Autism", **Journal of Autism and Developmental Disorders**, Eric No[564033]

122-Quintand,M. (1995), Use of Methylphenidate in the Treatment of Children with Autistic Disorder, **Journal of Autism and Developmental Disorders, V (25), N (2),PP.1-14**

123-Qurk, H. L. (1995)."Solving social – behavioral problems though the use of visually supported communication", New Yourk: Delmar

124-Richman,B.& Schopler, E.(1988). "Autism and pervasive developmental disorders: concepts and diagnostic issues", **Journal of Autism and Developmental Disorders, 17, PP.159-186**

125-Rimland, B. & Baker, S.M. (1996)." Alternative Approaches to the development of Effective treatment for Autism", **Journal of Developmental Disorder V.(2), PP.36-41**

126-Roeyers, O. (1996)."Teacher expectations of students , performance ", A review of early childhood education, Early child developmental and care , 70, PP.27-41

127-Romanczyk,B. (1999) ." Play interactions family members towards children with Autism", **Journal of Autism and Developmental Disorders, v (9) , n (3),PP.1-10**

128-Rosenhan, L. & Martine, P. (1995). "Abnormal Psychology ",3rd ed, New Yourk: w.w.Norton & company

129-Schein, W.E. (1999). Teaching Autistic children speech with a smile, paper in conference Autism99. http://www.autism99.org .

130-Schlin, E. & Tobin,B.(1990). "A guide to Successful employment for individuals with autism", Baltimore: Paul H.Brookes

131-Schopler, E. (1986)." Towards reducing behavior problems in autistic children ", **Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, vol (10), N (1) PP.30-34.**

132-Sckrebman,B. (1997)." Effective teaching strategies and Essential Behavior prevention techniques "paper in conference Autism 99. Come from the net http://www.Autism99.org

133-Shanmugam, T.S. (1995)." Abnormal Psychology "New Delhi: Houghton Mifflin company

134-Shottok,P. (1999)." secret in ,The current Solution , paper from net http://www.feat.org

135-Shuter, R.B. (1979)." Understanding, Misunderstanding, Exploring Interpersonal communication ", New Yourk: Harper & Row

136-Swettenham, J. (1996). "Con children with Autism are taught to understand false belief s using Computers? "**Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37, PP. 157 –166.**

137-Szatmari, P.G. & Rich,B. (1989) . "Follow –up study of high – Functioning autistic children", **Journal of Autism and Developmental Disorders, 19, PP.213-226**

138-Toylor,E.S. (1995)."Effective practices for preparing children with disabilities for school", New Yourk: The council for Exceptional children

139-Trenpaypier,C.H. (1996)." A possible origin for the Social and communicative deficits of Autism", Focus on autism and developmental disorders, v (11), n (3)

140-Whiteley, P. (2003)." Gluten / casen. Free Diet Evaluation Questionnaire ,Autism Research unit, University of Sunderland ,p1-4

141-Winner, M. (1993)." Enhancing communications in individuals with autism through the use of pictures and word symbols ,"functional programming for people with autism , Indiana: Resource center for Autism , Indiana University

142-Woodarn, B.Marian& Lansdown,R. (1988)." Problems of preschool children", U. S. A: library of congress

143-World Health organization (1993). ICD –10 international statistical classifications of diseases and related health problems 10th review. Geneva, WHO.

144-Ymazak ,K.& Zinngorelli ,G. (1997) ."Clinical effects on naltrexone on autistic behavior", **American Journal on Mental Retordation, 97, PP.56 – 63.**

145-Young, J.G. & Nettebeck,D. (1994). "The Intelligence of Clinical Calculators", **American Journal on Mental Retardation, 99, PP.186 –200.**

146-Zonalli, K. &Dagett, J. (1998). "The Effects of Reinforcement Rate on The spontaneous Social initiations of socially with Drown preschoolers", PP. 17- 25.

ملاحـــــق الدراسة

ملحق رقم (١)

استمارة جمع بيانات

- ❖ اسم الطفل :-
- ❖ تاريخ الميلاد :-
- ❖ النـــــوع :-
- ❖ الســـــن :-
- ❖ رقم التليفون :-
- ❖ المنطقة السكنية :-
- ❖ عدد أفراد الأسرة :-
- ❖ ترتيب التلميذ ضمن أخواته ككل :-
- ❖ الحالة الاقتصادية للأسرة :-
- ❖ نسبة ذكـــاء الطفـــل :-
- ❖ اســـم الوالـــد :-
- ❖ وظيفتـــه :-
- ❖ مستوى التعليـــم :-
- ❖ اســـم الوالـــدة :-
- ❖ وظيفتهـــا :-
- ❖ مستوى التعليـــم :-

ملحق رقم (٢)

استمارة لمعرفة أنواع المعززات

اسم الطفل :-

اسم الملاحظ :-

ما هي أفضل الأشياء التي يحبها الطفل بشدة ولا يستطيع الاستغناء عنها ؟

مأكولات	مشروبات	ألعاب	أشياء أخرى

يفضل سماع المعززات الاجتماعية مثل

برافو – شاطر – جيد

نعم – لا

ملحق رقم (٣)

استمارة المستوى الإجتماعى / اللاقتصادى

إعداد أ.د كمال دسوقى د. محمد بيومي خليل (١٩٨٤)

تعليمات المقياس :

- أكتب الرقم الذي حدده الباحث لك .
- أجب حسب ما يطلب منك .
- حاول أن تكتب بكل أمانة و صدق البيانات المطلوب معرفتها .

بيانات أولية :

- رقم الطالب :
- المدرســـــــة :
- التخصص :
- الفرقـــــــــة :
- الجنـــــــــس : ذكر / أنثى

ملحوظة :

- المعلومات التي بهذه الاستمارة "سرية جدآ " ولأغراض البحث العلمى فقط .

ضع علامة (√) أمام العبارة التي تناسب حالتك :

١ ـ الوالــــــدان	الأب	الأم
١. لا يقرأ ولا يكتب .	( )	( )
٢. يقرأ و يكتب .	( )	( )
٣. حاصل على الإعدادية أو ما يعادلها .	( )	( )
٤. حاصل على الثانوية العامة أو ما يعادلها .	( )	( )
٥. حاصل على مؤهل فوق المتوسط .	( )	( )
٦. حاصل على مؤهل الجامعي .	( )	( )
٧. حاصل على مؤهل فوق الجامعي حتى الماجستير .	( )	( )
٨. حاصل على الدكتوراه .	( )	( )

٢ـ يعيش الطفل و أسرته في سكن :

١. ملك	( )	٢. إيجار	( )
٣. عدد الغرف كاف	( )	٤. عدد الغرف غير كاف	( )

٣ـ أثاث منزلي :

١. راق .	( )	٢. بسيط .	( )
٣. كاف .	( )	٤. غير كاف .	( )

٤ـ عندما تحتاج لرعاية طبية :

١. تستفيد بالعلاج المجاني في المستشفيات العامة و الجامعة	( )
٢. تذهب إلى التأمين الصحي	( )
٣. تذهب لطبيب خاص	( )
٤. يوجد طبيب للعائلة	( )

٥ – تستخدم أنت و أسرتك في تنقلاتكم

١. سيارات النقل العام .	( )
٢. تاكسي أجرة .	( )
٣. سيارة خاصة ملاكي .	( )

٦ـ تمتلك الأسرة بالمنزل :

١. أجهزة تكييف و تبريد . ( )
٢. فيديو و تلفزيون ملون . ( )
٣. أجهزة " أوتوماتيكية " لتنظيف و الطهي و الغسيل . ( )
٤. سخانات– مراوح – خلاطات – غسالة عادية . ( )
٥. تلفزيون عادى – راديو – مسجل . ( )

٧ـ عندما تريد أسرتك الترفيه و الاستجمام تذهب إلى :

١. المنتزهات العامة . ( )
٢. دور السينما والمسارح . ( )
٣. المشاتي والمصايف بمصر . ( )
٤. السياحة للخارج . ( )

٨– أفراد أسرتك يتلقون تعليمهم في :

١– مدارس حكومية مجانية. ( )
٢– مدارس خاصة. ( )
٣– مدارس أجنبية . ( )
٤– الجامعة الأمريكية بالقاهرة. ( )
٥– التعليم بالخارج على نفقة الأسرة. ( )

٩– عندما تحتاج أنت و أفراد أسرتك لمساعدة تعليمية:

١– تشترك في مجموعات تقوية حكومية . ( )
٢– تذهب لمدارس خاصة . ( )
٣– يحضر لك مدرس خاص بالمنزل. ( )

١٠– الوالـــــــدان:

١– متوفيان . ( ) ٢– أحد الوالدين متوفي ( )
٣– منفصلان بالطلاق. ( ) ٤– الوالد متزوج بأخرى. ( )
٥– الولدان يعيشان معا . ( )

ملحق رقم (٤)

جامعة قناة السويس
كلية التربية بالإسماعيلية
قسم علم النفس

مقياس تشخيصي لقياس مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين

إعداد
جيهان حسين سليمان

إشـــــراف

أ.د / محمد محمد شوكت
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية – جامعة قناة السويس

أ.م. / مغاوري عبد الحميد عيسى
أستاذ مساعد علم النفس التربوى
و وكيل الكلية للدراسات العليا
كلية التربية – جامعة قناة السويس

جامعة قناة السويس

كلية التربية

قسم علم النفس

بسم الله الرحمن الرحيم

السيد الأستاذ الدكتور /

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تحية طيبة وبعد ،،،

تقوم الباحثة / جيهان حسين سليمان بإجراء دراسة عن " مدى فاعلية برنامج لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي عند الأطفال التوحديين " وذلك للحصول على درجة الماجستير تخصص علم النفس، و تشتمل الرسالة على مقياس للتعرف على مهارات التواصل غير اللفظي عند الأطفال التوحديين لذا ترجو الباحثة من سيادتكم التكرم بإبداء الرأي حول عبارات المقياس من حيث :-

١- مدى وضوح تعليمات المقياس

٢- مدى وضوح العبارات ومناسبتها لما وضعت لقياسه

٣- مدى انتماء كل عبارة من العبارات للبعد الذي يتضمنها

٤- اقتراح أي تعديلات ترون أنها مناسبة سواء بالحذف أو بالإضافة أو إعادة الصياغة أو تحويل بعض العبارات من بند إلى آخر وذلك في الملاحظات .

ولا يسعني إلا أن أتقدم بالشكر والعرفان على حسن تعاونكم بالاقتطاع من وقتكم في قراءة هذا المقياس .

وتفضلوا بقبول وافر الشكر والعرفان

الباحثة

مقياس مهارات التواصل غير اللفظي لدى
الأطفال التوحديين

اسم الطفل:-

اسم المعلمة :-

التعليمـــــات

- هذا المقياس يقصد به التعرف على مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين للتعرف على مدى الإعاقة لديهم في هذه المهارة .
- هذا المقياس تقوم بتطبيقه معلمة الفصل الخاصة بكل طفل توحدي .
- يحتوي هذا المقياس على مجموعة من العبارات وأمام كل عبارة (٥) اختيارات وهي: دائماً / غالباً / أحياناً / نادراً / مطلقاً ، والمطلوب منك أن تقرئي كل عبارة وتضعي علامة (√) أمام العبارة وتحت أحد الاختيارات كما يلي:

أ- إذا كان رأيك يتفق تماماً مع العبارة نضع علامة (√)أمام إجابة دائماً .

ب- إذا كانت تتطبق العبارة في أكثر الأوقات نضع علامة (√) أمام إجابة غالبا .

ج – إذا كانت تتطبق العبارة بصورة قليلة فضع علامة (√) أمام إجابة نادرا .

د – إذا كان رأيك يتعارض تماماً مع العبارة ضع علامة (√) أمام إجابة مطلقا

- المقياس غير موقوت بزمن معين
- ليس هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة
- حاول ألا تترك عبارة بدون تدوين إجابة أمامها

وشكراً لتعاونك معنا

الباحثة

البعد الأول : لغة الإشارة

م	العبــــــــــارات	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	مطلقا
١	يستخدم الطفل تلميحات وإشارات خاصة به لمساعدة الآخرين على فهمه					
٢	يشير الطفل إلى أجزاء من جسمه عند الطلب منه					
٣	يستخدم الطفل الإشارات التي توضح الأشياء التي يريدها					
٤	يفشل الطفل في استخدام الإشارات غير اللفظية التي تدعم التواصل					
٥	يستخدم الطفل السلوك التواصلي مثل الإشارة للفت انتباه الوالدين					
٦	يشير الطفل إلى ما يريد باستخدام أصابعه					
٧	يسحب الطفل يدك للحصول على ما يريد بدلاً من الإشارة له					
٨	يشير إلى الصور عند ذكر اسم ما تصوره					
٩	يفهم الإشارات غير اللفظية					
١٠	يعبر عن احتياجاته بالإشارة					
١١	يستطيع أن يقوم بعمل إشارات من يديه تدل على الحر أو البرد					
١٢	يستطيع الطفل التعرف على والديه ويشير إليهم					
١٣	يعجز عن فهم إشارات الآخرين له					
١٤	يشير بأصابعه إلى اللعبة التي يريدها					
١٥	يستطيع الطفل أن يستخدم يديه للسلام على الآخرين					
١٦	يشير إلى الأكل أو الشراب بيديه ليشبع احتياجاته					
١٧	يستطيع أن يشير بيديه لعمل إشارة مثل " باى باى " التي تدل على الوداع					
١٨	يستخدم الطفل الإشارة ليجعل الآخرين يلتفتوا إليه					
البعد الثاني : الاتصال بالعين						
١٩	يتجنب الطفل النظر في عيون الآخرين عندما يتحدثون إليه					
٢٠	يغمض الطفل عينه أو يغطيها بيدة حتى لا يستجيب لمحاولات الآخرين للتواصل معه					
٢١	يتصل الطفل بصرياً مع من يحاول أن يدخل معه في حديث متبادل					
٢٢	يستخدم الطفل الاتصال البصري للمشاركة الانفعالية مع الوالدين					
٢٣	يستطيع الطفل إعطاء رسائل من خلال العينين					
٢٤	يتجنب الطفل النظر ويبعد وجهه عن الآخرين					
٢٥	يهتم الطفل بالوجوه البشرية وينظر إليها					
٢٦	يفهم الطفل ما تعبر عنه عيون الآخرين من عواطف ومشاعر وانفعالات					
٢٧	يفشل في الاتصال بالعين مع الآخرين					
٢٨	ينظر للآخرين طويلاً نظرة ثابتة					
٢٩	ينظر الطفل للأشياء نظرة سطحية أكثر من التركيز على تفاصيلها					

م	العبـــــــــــارات	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	مطلقا
٣٠	ينظر الطفل نظرة جانبية للأشياء أكثر من النظر المباشر لها					
٣١	يتجنب الطفل سلوك التحديق للتعبير والتفاعل في الاتصال بالآخرين					
٣٢	يهتم بالنظر إلى بعض الأفراد عن أفراد آخرين					
٣٣	ينظر باهتمام للأفلام والصور المتحركة في التليفزيون					
٣٤	ينظر الطفل للأشخاص نظرة تدل على العدائية والكراهية					
٣٥	يهتم بالنظر وعمل تواصل مع الجماد عن الإنسان					
٣٦	ينظر للأشخاص نظرة ود وحب					
٣٧	يبتعد بنظره عن الألوان					
البعد الثالث : الحركات الجسمية						
٣٨	يستخدم الطفل التعبيرات غير اللفظية للتحية أو الوداع					
٣٩	يقوم الطفل بعمل حركات بجسمه تعبر عن البكاء والصياح كي ينبه الآخرين إلى أنه يريد شيئا					
٤٠	يوجد لدى الطفل القدرة على استخدام الاتصال الجسدي مع القائمين برعايته					
٤١	يحضن أمه ويتفاعل معها لعمل تواصل جسدي معها					
٤٢	يتواصل جسدياً بيديه أو رجليه مع أصدقائه بصورة تختلف عما يقوم به مع أسرته					
٤٣	يمكن للطفل إعطاء رسائل من خلال شكل جسمه أو حركاته					
٤٤	يحرك رأسه تعبيراً عن الرفض أو القبول					
٤٥	يتمايل جسده عند سماعه للموسيقى					
٤٦	يقوم بتحريك شفاه تقليداً لكلام الآخرين					
٤٧	يقذف الأشياء برجليه تعبيراً عن الرفض					
٤٨	يعبر عن القلق بحركات اهتزازية من جسمه					
٤٩	يقوم بالتلامس مع الآخرين أثناء التواجد معهم					
٥٠	يكتسب الطفل حركات جسدية من المحيطين به					
٥١	يستطيع التعبير عن الألم بحركات من جسمه					
٥٢	يقوم بملامسة الأشياء للتعرف عليها					
٥٣	يقوم بتحريك جسمه للخلف حتى لا يتفاعل مع الآخرين					
٥٤	يتقبل الملامسة من الآخرين له					
٥٥	يستخدم الطفل لغة الحركة أو الأفعال لينقل إلى غيره ما يريد من احتياجات					
٥٦	يعبر عن انفعالاته بحركات برجليه كدفع زملائه أو رميهم بأشياء تعبيراً عن الغضب					
٥٧	يفهم أن ملامسة الآخرين له تدل على الحب والأمان					

البعد الرابع : الإيماءات

م	العبـــــــــــارات	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	مطلقا
٥٨	يفهم الطفل الإيماءات					
٥٩	يستخدم الطفل الإيماءات في العادة					
٦٠	يدرك الطفل معنى العبوس أو الابتسامة					
٦١	يظهر الطفل الإيماءات والتعبير المناسب للانفعال					
٦٢	يعجز الطفل عن تفسير مشاعر الآخرين بطريقة صحيحة					
٦٣	يستطيع الطفل استخدام الإيماءات التلقائية في الحديث المتبادل					
٦٤	يظهر الطفل انفعالات مثل الفرح والغضب في تفاعله مع الآخرين					
٦٥	يفهم الطفل التعبيرات الانفعالية للآخرين					
٦٦	يستجيب الطفل للتعبيرات الانفعالية للآخرين					
٦٧	يستخدم الطفل الإيماءات " الإشارية " في التفاعل مع الآخرين					
٦٨	يقدر الطفل على استخدام الإيماءات الأساسية كالإشارة مثل "تعال هنا " أو سكوت " إلزم الصمت "					
٦٩	يستخدم الطفل الإيماءات " التعبيرية " المعبرة عن المشاعر مثل " التقرب أو التودد مع الآخرين "					
٧٠	يستطيع القيام بعمل إيماءات غير لفظية مثل " هز الرأس " للموافقة أو الرفض					
٧١	يـــدخل الطفـــل فـــي حالة من الغضب والتوتر إذا لم يتمكن من استخدام الإيماءات المناسبة في التواصل بفاعلية					
البعد الخامس : التعبيرات الوجهية						
٧٢	يقوم بعمل تعبيرات للوجه تناسب المواقف التى يمر بها					
٧٣	يقوم بعمل ملامح وجهيه تشير للمشاعر والانفعالات					
٧٤	يعجــز الطفــل عــن وجود شكل أولي من الحوار الوجهى بين الطفل وأمه أو مع الآخرين					
٧٥	يوجد لدى الطفل نقص فى الاستجابات الانفعالية الوجهيه					
٧٦	يظهر الطفل صعوبات في فهم التعبيرات الوجهيه للأشخاص الذين يتفاعلون معه					
٧٧	يقدر الطفل على تفسير التعبير الوجهى للمشاعر					
٧٨	يستخدم الطفل الضحك للتعبير عن انفعالاته					
٧٩	يظهر على وجه الطفل الاشمئزاز عندما يرى أشياء مقززة					
٨٠	يضحك وجه الطفل عند رؤيته لأمه أو أحد المقربين له					

م	العبـــــــــــارات	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	مطلقا
٨١	يستطيع التعبير عن الخوف ويظهر ذلك على وجه					
٨٢	يســتطيع أن يســتخدم أكثــر من تعبير وجهى في نفس الوقت مثل إظهار الخوف والغضب مع بعض					
٨٣	يظهر على وجهه التعاسة عند أخذ الأشياء التي بيديه والتي يحبها					
٨٤	يظهر على وجهه الغضب عند الضغط عليه لتأدية المهام المطلوبة منه					

ملحق رقم (٥)

جامعة قناة السويس
كلية التربية بالإسماعيلية
قسم علم النفس

جلسات البرنامج التدريبي لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين

إعداد
جيهان حسين سليمان

إشـــــراف

أ.د / محمد محمد شوكت
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية – جامعة قناة السويس

أ.م. / مغاوري عبد الحميد عيسى
أستاذ مساعد علم النفس التربوى
و وكيل الكلية للدراسات العليا
كلية التربية – جامعة قناة السويس

جامعة قناة السويس
كلية تربية
قسم علم نفس

بسم الله الرحمن الرحيم

السيد الأستاذ الدكتور /.................................

السلام عليكم و رحمة الله و بركاته

تحية طيبة و بعد

تقــوم الباحثة / جيهان حسين سليمان بدراسة للحصول على درجة الماجستير فى التربية ((قسم علم نفس)) بعنوان: "مدى فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل غير اللفظى عند الأطفال التوحديين"

حيث تقدم هذه الرسالة :

مجمــوعة مــن الجلسات تشمل مهارات التواصل غير اللفظي مثل الإشارة، و التعبيرات الوجهية ، و الحركات الجسمية ،والاتصال بالعين ، و الإيماءات .

لذا ترجو الباحثة من سيادتكم التكرم بإبداء الرأي في البرنامج وجلساته التي به ولا يسعني إلا أن أتقدم بالشكر و العرفان على حسن تعاونكم الصادق معنا

مع قبول وافر الشكر و الاحترام

الباحثة

ملحق رقم (٥)

يمكن عرض جلسات البرنامج التدريبي المقترح كالآتي :-

- جلسات الأسبوع الأول (٢ جلسة)

قامت الباحثة بجمع البيانات عن الأطفال التوحديين وتطبيق مجموعة من أدوات الدراسة السابق ذكرها في محتوى البرنامج ، حيث قامت الباحثة بتطبيق استمارة لمعرفة أنواع المعززات التي يحبها الأطفال التوحديين والتي تجذبهم سواء كانت لعب – مأكولات – حلويات ، وذلك بسؤال العاملين في المكان أو آبائهم .

- جلسات الأسبوع الثاني (٢ جلسة)

قامت الباحثة في هذه الجلسة بتحديد مواعيد الجلسات التالية مع معلمة الفصل أو العاملين في مدرسة التربية الفكرية ، حيث خصصت بعض الحصص التي لا يكون بها الأطفال مشغولين ، وذلك داخل الفصل الدراسي .
ثم قامت الباحثة بالتطبيق القبلي لمقياس مهارات التواصل غير اللفظي للطفل التوحدي عن طريق المعلمة الخاصة بالطفل حيث كانت تقوم بتطبيق المقياس عليه .

- جلسات الأسبوع الثالث والرابع (٤ جلسات)

خصصت الباحثة هذه الجلسات للتعارف على الأطفال التوحديين وكلاً على حدة حيث تعتبر هذه الجلسات مهمة في إعطاء الإنطباعات الأولى التي تتكون لدى الطفل في البداية ، حيث قامت الباحثة في هذه الجلسات ببث روح الألفة والمودة بينها وبين الأطفال ، كما تم عمل تهيئة لهم وإشعارهم بالدفء والمودة لمحاولة جذب ثقة هؤلاء الأطفال لها .

- جلسات من الأسبوع الخامس وحتى الأسبوع الثامن (٨ جلسات)

هدف الجلسة :

تدريب الطفل التوحدي على التواصل البصري والنظر لوجه أو عيون الآخرين كأمر أساسي في التواصل والتفاهم بينه وبين من يتعامل معهم .

موضوع الجلسة :

١- تقوم الباحثة بمحاولة تدريب الأطفال التوحديين على التجاوب مع عملية التقاء العيون Eye Contact واستمرار المحاولات معه حتى يقوم بالنظر في عين من يحادثه وذلك لأنها تعد أول إشارة تفتح الطريق إلى التواصل مع الآخرين ومتابعتهم وتم ذلك عن طريق :-

- ❖ استخدام أحد المعززات المحببة لدى الطفل ومحاولة توجيه نظره إليها ووضعها أمام عيني الطفل ويتم تقديم هذه المعززات إذا نظر الطفل نحو المعزز بشكل مباشر .
- ❖ تدريب الطفل على النظر المباشر لمن أمامه عن طريق أن تمسك الباحثة كتفي الطفل ومحاولة النظر المباشر في عينيه أو توجه نظره نحو شخص آخر .
- ❖ تدريب الطفل من خلال مشاهدة الباحثة كنموذج ثم محاكاة هذا النموذج وأيضاً محاولة أن ينظر إليها أثناء الحوارات .

١- تم التدريب في أوقات محددة من ١٠: ١٥ دقيقة .

٢- وتم أخذ استراحة بين أوقات التدريب حتى لا يظهر على الطفل أى أعراض سلوكية غير مناسبة .

- جلسات من الأسبوع التاسع حتى الثاني عشر (٨ جلسات)

أهداف الجلسة :

١- تدريب الطفل على الإشارة إلى الصور أو النماذج المجسمة للأشياء التي يحبها .

٢- تدريب الطفل على المصافحة باليد مع الباحثة ومع المعلمة عندما يأتي إلى المدرسة وعندما يذهب منها .

٣- تدريب الطفل على التلويح باليد ليقوم بعمل إشارة تدل على التحية أو الوداع .

٤- تدريب الطفل على الإشارة إلى أجزاء من جسمه مثل (الفم ، الأنف ، العينان ، الأذن ، اليدين ، الوجه ، وهكذا)

٥- يشير إلى الملابس التي يلبسها عندما تعرض عليه على هيئة صور .

موضوع الجلسة : ويتضمن العناصر التالية :

١- قامت الباحثة باختيار أحد الأشياء التي يحبها الطفل بشدة وصنع نماذج مجسمة منها أو عرض صور ملونة لها على لوحة وبرية .

٢- قامت الباحثة بإمساك الطفل ومحاولة توجيه نظره إلى الصور أو النماذج المجسمة، ثم قامت بمساعدته جسمانياً على الإشارة إلى هذه الصور أو المجسمات ووضعها في اليد الأخرى للباحثة ، وعند وضعها تقول له " آه أنت تريد هذا الشيء " أو تقول له ما شابه ذلك ثم تقوم بإعطائه هذا الشيء بشكل حقيقي ويستخدم ذلك كمعزز لنجاح الطفل في أداء هذه المهام بنجاح .

٣- يجب تكرار ذلك بشكل دائم حتى يستطيع الطفل أن يشير إلى الشيء أو الصورة التي يريدها ويذهب ليضعها في يد الباحثة بمفرده وبدون مساعدة من أحد حتى يستطيع أن يستخدم الإشارة للتواصل والتفاعل مع الآخرين .

٤- وعندما يتعلم الإشارة إلى الأشياء التي يحبها يتم تعليمه الإشارة إلى أجزاء من جسمه أو الإشارة إلى الملابس التي يرتديها عن طريق الصور أولاً ثم يتعلم أن يشير إلى الملابس التي يرتديها فعلاً أو أجزاء جسمه .

٥- تم تدريب الطفل على المصافحة والتلويح باليد عن طريق لعب الأدوار وأداء التمثيليات لتعليم الطفل المصافحة والتلويح .

٦- استخدمت الباحثة أسلوب لعب الدور والتمثيليات والتدريب المتكرر لمحاولة أن يقوم الطفل بأداء المهمة المطلوبة منه مع استخدام أساليب التعزيز المناسبة من تعزيز مادى (حلوى – مشروبات – أكل) وتعزيز اجتماعي من مديح وثناء على الطفل بالكلمات مثل (شكراً – برافو – شاطر)

٧- يجب إعطاء الطفل فترات راحة بين أوقات الجلسة .

* جلسات من الأسبوع الثالث عشر وحتى السادس عشر (٨ جلسات)

هدف الجلسة :

تدريب الأطفال التوحديين على التعرف على التعبيرات الوجهية المختلفة .

موضوع الجلسة : ويتضمن العناصر التالية :-

١-قامت الباحثة بعمل صور تدل على التعبيرات الوجهية المختلفة التي يمر بها الإنسان خلال مواقف حياته وتتضمن صورة الوجه وهو سعيد أو حزين أو غاضب أو جائع أو مشمئز .

٢-تم تدريب الطفل على أن يرى الصور التي تعبر عن التعبيرات الوجهية المختلفة ومحاولة أن يقوم بالتعبير بوجهه عن هذا الشكل الذي قام برؤيته .

٣-وقامت الباحثة باستخدام لعب الأدوار والتمثيل والمسرحيات حتى تستطيع الباحثة أن تجعل الأطفال يرون التعبيرات الوجهية المختلفة ويقومون بأداء هذه التعبيرات وفي مواقف مختلفة .

٤-وقامت الباحثة باستمرار التعزيز والتدعيم سواء اللفظي أو المادي .

* جلسات من الأسبوع السابع عشر وحتى العشرين (٨ جلسات)

هدف الجلسة :

تدريب الطفل على استخدام الإيماءات المختلفة

موضوع الجلسة : ويتضمن العناصر التالية :

١-قامت الباحثة بتنمية بعض الإشارات الاجتماعية التي تدخل في التواصل والتفاعل فقامت الباحثة بتدريب الأطفال التوحديين على الإيماءات بالرأس للدلالة على الموافقة أو الرفض (نعم) أو (لا) .

٢-تدريب الطفل على استخدام الضحك أو الابتسامة ومحاولة خروج مشاعره وانفعالاته في تفاعله مع الآخرين .

٣-وقامت الباحثة باستخدام لعب الأدوار والتقليد والمحاكاة وعمل مسرحيات ليفهم الطفل معنى الضحك ومعنى الانفعالات والمشاعر .

- جلسات من الأسبوع الحادي والعشرون وحتى الأسبوع الرابع والعشرون (٨ جلسات)

هدف الجلسة :

تدريب الطفل على القيام بالحركات الجسمية التي يقوم من خلالها بالتواصل والتفاعل مع الآخرين .

موضوع الجلسة : ويتضمن العناصر الآتية :

١-قامت الباحثة بتدريب الأطفال التوحديين على القيام ببعض الحركات للتواصل مع الآخرين كأن يعبر عن الألم أو الجوع بحركات ومحاولة وضع هذه المهمة في صورة خطوات بسيطة حتى يصل إلى المهمة المطلوبة منه .

٢-استخدمت الباحثة الموسيقى والأناشيد الموسيقية ليقوم الأطفال بتمثيل أجسامهم مع صوت الموسيقى وأداء بعض الحركات الإيقاعية .

٣-حاولت الباحثة استخدام لغة الحركة أو الأفعال لينقل الطفل إلى غيره ما يريد من احتياجات كأن يعبر عن الغضب أو الرفض والقبول وأن يقوم بملامسة الأشياء بدون خوف ويتقبل الملامسة من الآخرين له .

٤-وركزت الباحثة على استخدام أسلوبي التعزيز الاجتماعي والمادي للأطفال التوحديين .

- جلسات من الأسبوع الخامس والعشرون وحتى السادس والعشرون (٤ جلسات)

هذه الجلسات مثلت المرحلة الأخيرة من البرنامج وعملت الباحثة على تخصيصها لإعادة تدريب الأطفال التوحديين على المهارات المتعلقة بالتواصل غير اللفظي ، وهدفت الباحثة من ذلك منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج والمحافظة على ما تم تعلمه لمدة طويلة حتى بعد انتهاء البرنامج ، وذلك خلال الجلسات في الأسبوع الخامس والعشرون .

وفي الأسبوع السادس والعشرون والأخير من مدة البرنامج ، تم تطبيق مقياس التواصل غير اللفظي على الأطفال التوحديين لعمل تطبيق بعدي .

The results of study:-

The study yielded the following results:

1. There are statistical significant differences between the mean of gain scores of the experimental group on communication scale after the training program and the mean of gain scores of the control group who haven't taken training program in favor of the experimental group.

2. There are statistical significant differences between the mean of gain scores of the experimental group after application of training program in post and follow- up application on communication skills scale.

The Problem of the study:

The purpose of the present study is to explore effectiveness of training program for developing communication skills of Autistic children, In other words, this study seeks to answer the following question:

What is the effect of training program on developing communication skills for autistic children?

The sample of the study:-

The sample of the study composed of (6) autistic children were enrolled in Mental Education school association in Ismailia Governorate. The age between (6-13) years, the intelligence between (40-65), and the sample divided into control and experimental groups (3 children each). In addition to that training program by the researcher was administered to the experimental group only.

The Tools of the study:-

The researcher has administrated the following tools:-

1. Form for Data
   (Prepared by the researcher)
2. Form to know the favourite enforcement
3. Stanford Beiney Intelligence Test
   (Prepared by Loyes Kamel Mleka, 1993)
4. The scale of Estimating Family social economic status.
   (Prepared by Mohamed Bayoumy, 1984)
5. Non verbal communication skills scale
   (Prepared by the researcher)
6. A program for the development of communication skills for Autistic children
   (Prepared by the researcher)

The statistical Techniques:-

The researcher has employed the following statistical techniques:-

1. Mann Whitney test (M)
2. Wilcoxon signed Ranks Test (W)
3. Value of Z

Author	Jehan Hussien Soliman
Title	The Effectiveness of training program for developing communication skills of Autistic children
Faculty	Faculty of Education
Departement	Education Psychology Departement " Special Education "
Location	Ismailia
Degree	M. A. in Education (Education Psychology / Special Education)
Date	
Language	Arabic
Supervison Committe	Prof.Dr.\ Mohamed Mohamed Shawkat Dr. \Maghawri Abd El-Hamid Eisa

English Abstract

The purpose of the present study is to explore effectiveness of training program for developing communication skills of Autistic children .The sample of the study composed of (6) autistic children were enrolled in Mental Education school association in Ismailia Governorate. The age between (6-13) years, the intelligence between (40-65), and the sample divided into control and experimental groups (3 children each). In addition to that training program by the researcher was administered to the experimental group only. **The study imployed the following tools** : Form for Data, Form to know the favourite enforcement, Stanford Beiney Intelligence Test, The scale of Estimating Family social economic status, Non verbal communication skills scale, A program for the development of communication skills for Autistic children .

The Following resultes were obtained :

1. There are statistical significant differences between the mean of gain scores of the experimental group on communication scale after the training program and the mean of gain scores of the control group who haven't taken training program in favor of the experimental group.
2. There are statistical significant differences between the mean of gain scores of the experimental group after application of training program in post and follow- up application on communication skills scale.

Practical Application :

This study can contribute to developeing application and training program for Autistic children based on scientific principles and show the way for professonals who deal with those children

Key words : Taining Program – Communication skills- Autistic Children

Suez Canal University
Faculty of Education, Ismailia
Education Psychology Dept.

SUPERVISION COMMITTEE

Prof.Dr.\ Mohamed Mohamed Shawkat
Prof. of Mental –Hygeine
Faculty of Education, Ismailia
Suez Canal University

)r. \Maghawri Abd El-Hamid Eisa
Assist Prof. of Educational Psychology
Faculty of Education, Ismailia
Suez Canal University

Suez Canal University
Faculty of Education. Ismailia
Education psychology Dept.

The Effectiveness of A Training Program for developing communicative skills of Autistic children

Athesis submitted by

Jehan Hussien Soliman

B.Sc education and science (1994)
Professional Education Diploma (1998)
Special Diploma (1999)

For Master Degree in Education
Educational psychology Dept.

Under Supervision of

Prof .Dr.\ Mohamed Mohamed Shawkat
Prof. of Mental –Hygeine
Education Psychology Department
Faculty of Education, Ismailia

Dr.\ Maghawri Abd El- Hamid Eisa
Assist prof. of Educational Psychology
Education Psychology Department
Faculty of Education, Ismailia

(2005)